

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

Sergio BISONO

Né à SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, le 11 Décembre 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des accidents hémorragiques
de la grossesse tubaire

Président de thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—
1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

Sergio BISONO

Né à SANTIAGO DE LOS CABALLEROS, le 11 Décembre 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des accidents hémorragiques
de la grossesse tubaire

Président de thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
N... ..	Physiologie.	HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
SANNIÉ	Chimie biologique.	LIAN	Pathologie médicale
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	HAZARD	Pharmacologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DONZELOT	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
ECALLE	Obstétrique.	PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
FEY	Urologie.	PORTES	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.	SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GIROUD	Histologie.		
HARVIER	Pathologie médicale.	VALLERY - RADOT	
HOVELACQUE.	Anatomie.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	VELTER	Ophthalmologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	VERNE	Histologie.
LAROCHE (Guy) . .	Pathologie médicale	VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEROUX	Anatomie pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
JAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Je dédie cette thèse en témoignage
de mon affection reconnaissante.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DE COURS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Pathologie Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris ;

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié ;

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui nous a fait le grand hon-
neur d'en accepter la présidence.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MENEGAUX
Ancien Chef de Clinique à la Faculté ;
Prosecteur.

Qui nous a aidé de ses conseils précieux. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

PLAN

AVANT-PROPOS.

INTRODUCTION ET PLAN GÉNÉRAL.

1^{re} PARTIE : *Données étiologiques et anatomo-pathologiques générales.*

2^e PARTIE : *Formes anatomo-cliniques.*

1° Hématosalpinx.

2° Inondations péritonéales.

3° Hématocèles partiellement enkystées.

4° Hématocèles enkystées.

3^e PARTIE : *Traitement.*

4^e PARTIE : *Résultats.*

CONCLUSIONS.

AVANT-PROPOS

M. le Professeur Lenormant a déjà, par deux fois, publié sa statistique personnelle de grossesses tubaires : en 1915, avec Hartman-Keppel, il rapportait 37 observations; en 1923, il complétait ce premier mémoire par 48 nouveaux cas, qui représentaient la totalité des hémorragies d'origine génitale de son service, observées de février 1919 à février 1923.

Il nous a fait le très grand honneur de nous confier la suite de ce travail, en nous permettant de recueillir dans ses cahiers opératoires toutes les observations de son service, qui ont trait à des grossesses tubaires opérées par lui ou par ses assistants. Nous avons limité nos recherches à la période qui fait suite aux mémoires précités et qui s'étend de février 1923 à février 1931. Nous avons ainsi dépouillé 116 observations ⁽¹⁾, dont l'étude critique fait l'objet des pages suivantes.

(1) 114 observations de malades différentes ; 2 observations de récidives sur malades antérieurement opérées dans le service (N° 22 bis et N° 26 bis).

Cette statistique est intégrale et tire son principal intérêt de ce caractère; elle représente, sans élimination, ni addition, l'activité de huit années d'un grand service chirurgical parisien.

Nous nous sommes attaché à revoir personnellement les malades, de manière à nous rendre compte de leur avenir éloigné au point de vue génital. Ceux qui connaissent la difficulté de telles recherches nous excuseront facilement, nous semble-t-il, de n'avoir pu être complet.

Les 116 observations du service de M. le Professeur Lenormant se répartissent ainsi par années :

Année 1923 (à partir de février)	8 cas.
— 1924	5 cas.
— 1925	13 cas.
— 1926	16 cas.
— 1927	22 cas.
— 1928	14 cas.
— 1929	18 cas.
— 1930-31 (jusqu'en février 1931)	20 cas.

Il faut noter la fréquence plus grande de la grossesse tubaire au cours des dernières années, alors que le recrutement du service est resté sensiblement identique.

INTRODUCTION et PLAN GÉNÉRAL

Nous étudierons d'abord les données étiologiques générales et anatomo-pathologiques de la grossesse tubaire dans une *première partie*, en insistant tout particulièrement sur les antécédents génitaux, et nous verrons si, de la confrontation de nos observations, nous pouvons tirer une conclusion concernant la pathogénie de l'affection.

Une *deuxième partie* sera consacrée à l'anatomie pathologique et à la clinique des divers accidents hémorragiques de la grossesse ectopique et nous envisagerons celle-ci et celle-là d'après la classification anatomo-clinique du Professeur Lenormant. Il distingue en effet quatre grands types :

- 1° l'hématosalpynx ;
- 2° l'inondation péritonéale ;
- 3° l'hématocèle partiellement enkystée ;
- 4° l'hématocèle enkystée ;

qui s'opposent jusqu'à un certain point par leurs caractères respectifs.

Dans la *troisième partie*, nous étudierons le trai-

tement de l'affection en séparant complètement nos observations en deux groupes, suivant que l'intervention a été faite d'urgence ou non; le problème est en effet loin d'être le même dans les deux cas.

La *quatrième* partie enfin sera réservée à l'étude des résultats : résultats immédiats et mortalité suivant le type anatomo-clinique; résultats éloignés et avenir génital des malades opérées.

PREMIÈRE PARTIE

ETIOLOGIE

ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

GÉNÉRALE

1° DONNÉES ÉTIOLOGIQUES.

Notre statistique est malheureusement peu fournie à cet égard. Nous nous sommes surtout attaché à rechercher à quel âge on observait généralement la grossesse tubaire et quels étaient les antécédents génitaux des malades.

a) AGE. — *L'âge de la malade* a été précisé dans 107 observations. Si 13 observations concernent des femmes au-dessous de 25 ans et 20 des femmes qui avaient dépassé 35 ans, le reste de nos cas s'étage entre 25 à 35 ans. Si bien que l'on peut dire que, dans notre statistique, près des deux tiers des cas concernent des femmes en pleine activité génitale.

Ceci confirme ce qu'écrivaient le Professeur Lenormant et Hartman-Keppel en 1923 : c'est plus à la partie moyenne de la vie génitale qu'à ses débuts que s'observent les accidents de la grossesse tubaire et le fait est probablement dû à ce que la femme présente à cette époque un passé génital plus chargé.

B) ANTÉCÉDENTS GÉNITAUX. — *Les antécédents génitaux* méritent d'être étudiés de façon toute particulière.

Les lésions utérines nous paraissent rares : une fois, il existait un cancer du col et l'hématocèle a été découverte fortuitement. Deux fois, le compte rendu opératoire signale la coexistence de petits fibromes sur le corps utérin.

Cliniquement, les antécédents annexiels ont été exceptionnels, une fois seulement, il est signalé que la malade avait été soignée pour salpingite. Mais opératoirement, on a découvert 11 fois des lésions annexielles : quatre fois il s'agissait de salpingite plus ou moins importantes, deux fois d'hydrosalpinx, une fois de pyosalpinx; quatre fois l'ovaire était en cause : ovarite scléro-kystique (un cas), petit kyste de l'ovaire (3 cas).

Tout ceci est donc peu important; nous ne saurions par contre trop insister sur la fréquence, dans notre statistique, *d'une grossesse ectopique antérieure* : 7 observations signalent en effet que la malade avait déjà été opérée pour des accidents hémorragiques dus à une gestation tubaire. La fréquence de

cet accident concorde avec celle donnée par la plupart des auteurs. (5,5 %).

Une autre question a attiré notre attention dans l'étude de notre série : ce sont les antécédents gravidiques. Dans vingt-cinq observations, nous avons trouvé quelques renseignements à cet égard : une fois il s'agissait d'une femme mariée depuis quelques mois seulement (n° 57) ; deux autres fois, la malade n'avait eu ni enfant ni fausse-couche. Dans tous les autres cas, les malades avaient eu un ou plusieurs enfants ou des fausses-couches ; et qui plus est, nous avons été frappé par la fréquence relative de la multiparité :

En voici les chiffres exacts :

Six grossesses ou fausses-couches antérieures.	1 cas
Cinq — — — — —	1 cas
Quatre — — — — —	2 cas
Deux — — — — —	9 cas
Une — — — — —	7 cas
Nombre non précisé — — — — —	1 cas

Dans la moitié des cas (13 cas sur 25), par conséquent, plus de deux gravidités antérieures ont été signalées.

Il est intéressant aussi de constater que la grossesse tubaire ne s'est généralement produite qu'après une assez longue période de stérilité :
une observation 16 ans après une fausse-couche ;

une autre..... 14 ans après une grossesse normale ;
une autre..... 13 ans — — — — —
deux autres..... 10 ans — — — — —
une autre..... 8 ans — — — — —
deux autres..... 7 ans — — — — —
deux autres.... 6 ans après une fausse-couche ou
grossesse normale ;
une autre..... 5 ans après.

Ceci nous paraît être un argument puissant en faveur de la théorie inflammatoire de la nidation tubaire, théorie généralement admise : on sait la fréquence des infections du post-partum, du post-abortionum, infections légères d'ailleurs, qui ne sont traduites cliniquement que par une stérilité de longue durée, et anatomiquement, probablement, par une disparition des cils vibratils de la trompe.

Au total, sur 49 cas où les antécédents génitaux sont notés, ou bien l'état anatomique de l'autre trompe précisé, trois fois seulement il n'existait rien, aucun trouble, aucune lésion, 46 fois, par contre, nous trouvons, soit une gravidité antérieure suivie d'une période de stérilité relative, soit une lésion infectieuse légère. Tous ces antécédents nous montrent donc l'existence très fréquente d'une perturbation de l'appareil génital de la femme, perturbation minime certes, mais suffisante pour expliquer la nidation ectopique.

Enfin, pour être complet, citons que nous n'avons noté que deux fois des lésions appendiculaires coexis-

tantes. On sait que de nombreux auteurs ont voulu faire jouer un rôle à ces lésions dans la pathogénie de la grossesse tubaire. En fait, notre statistique ne nous renseigne en rien sur ce point.

c) DATE D'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE. — Elle est difficile à déterminer dans tous les cas avec exactitude; les signes qui traduisent la mort du fœtus ne sont pas toujours nets, sauf au cours de l'inondation cataclysmique des auteurs classiques. Il arrive fréquemment que des grossesses ectopiques, même interrompues, soient restées entièrement ignorées. Tantôt elles sont tout à fait latentes et c'est souvent alors au cours d'une intervention pour toute autre cause qu'on découvre une gestation méconnue. Tantôt les accidents sont si discrets que l'on pose un diagnostic erroné, en général fausse-couche ou salpingite; c'est quelquefois assez longtemps après l'interruption de la grossesse que l'interprétation des faits devient exacte et que le diagnostic est réformé. On conçoit dans ces cas, l'impossibilité à peu près absolue de déterminer l'âge de la grossesse.

C'est uniquement dans les inondations péritonéales que l'on peut avoir quelques précisions par la *durée du retard de règles*. Mais ici aussi, les renseignements sont souvent incomplets. L'aménorrhée est inconstante; elle peut être volontairement inavouée par certaines malades.

De plus, il est très fréquent de retrouver dans les antécédents quelques pertes qu'on peut confondre avec des règles un peu anormales et qui, en réalité,

sont antérieures à l'interruption de la grossesse ou contemporaines de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir attacher à ces chiffres une valeur trop absolue, nous notons dans notre statistique :

Nombre total où le retard de règles est pré-	
cisé	48 cas
Pas de retard.....	5 cas
Retard de moins de 15 jours.....	13 cas
— entre 15 jours et 1 mois.....	12 cas
— entre 1 mois et 2 mois.....	10 cas
— entre 2 mois et 3 mois.....	6 cas
— au-dessus de 3 mois.....	2 cas
	(4 mois)

Même en tenant compte des causes d'erreur signalées plus haut, on voit donc que dans l'immense majorité des cas, la gestation ectopique détermine des accidents dans les trois premiers mois de son évolution, et ici encore notre statistique confirme pleinement les données classiques.

2°) ETUDE ANATOMIQUE GÉNÉRALE.

A) *Côté atteint.* — Le côté atteint est précisé dans 103 observations : 60 fois la grossesse siégeait à droite, 43 fois seulement à gauche. Nous retrouvons ici le même fait singulier, de la prédominance des gestations ectopiques droites sur les gauches, que M. le Professeur Lenormant et Hartmann-Keppel

signalaient déjà en 1923; nous reproduisons ici les chiffres des deux séries publiées par eux avant ce travail :

1^{re} série 22 g. droites; 13 gauches.

2^e série 26 g. droites; 16 gauches.

Ces chiffres, ajoutés à ceux de notre statistique, portent à 108 le nombre des grossesses droites, contre 72 gestations gauches, qui ont été observées par M. Lenormant et ses élèves.

Il ne nous est pas possible de donner de ce fait une explication plausible. S'agit-il d'une différence congénitale entre la trompe droite et la trompe gauche ? La trompe droite n'est-elle pas plutôt plus souvent touchée par l'infection, et l'appendice, dont on connaît les relations et les connexions étroites avec les annexes droites, n'a-t-il pas un rôle dans cette prédominance ? C'est là une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre et qui motiverait de nouvelles recherches.

Sur nos 103 observations, où le côté est indiqué, nous avons noté sept cas où des lésions hémorragiques ont été constatées dans deux trompes (n^{os} 7, 59, 69, 71, 74, 84, 89), ce qui fait un pourcentage de 6 % environ de grossesses tubaires bilatérales. En fait, il est fort difficile d'apprécier macroscopiquement la réalité de la nidation d'un œuf dans les deux trompes; il faudrait un examen histologique des deux salpynx, qui montrerait des deux côtés, l'existence de villosités choriales.

Il est possible en effet qu'une trompe soit gorgée

de sang par un autre mécanisme que la gravidité : reflux de sang provenant de l'hématocèle ou même de l'utérus par exemple. Moulonguet en a publié récemment une belle observation.

Dans notre statistique, aucun examen histologique ne vient affirmer d'une manière indiscutable la grossesse bilatérale. Force nous est de nous contenter de l'aspect macroscopique relaté dans les comptes rendus opératoires; nous lisons :

Observation 7 : grossesse tubo-abdominale à droite, grossesse isthmique à gauche.

Observation 59 : à gauche la trompe est turgescente, pleine de sang; à droite, avortement tubaire.

Observation 69 : à gauche, hématosalpynx fermé; à droite, rupture ampullaire.

Observation 71 : à gauche, avortement tubaire; à droite, hématosalpynx.

Observation 74 : à droite, trompe kystique avec sang et caillots; à gauche, trompe volumineuse, kystique, avec liquide chocolat (ancien hématosalpynx).

Observation 84 : deux trompes rompues.

Observation 89 : poche volumineuse à droite coiffant l'utérus; à gauche, hématosalpynx.

La réalité de la nidation ectopique bilatérale ne peut donc être raisonnablement affirmée que dans deux observations (n^{os} 7, 84). La bilatéralité de la grossesse est probable dans l'observation 89, mais ici les lésions seraient certainement d'âge différent.

Dans tous les autres cas, la constatation macros-

copique d'un hématosalpinx du côté opposé à celui de la grossesse ne permet nullement d'être certain qu'il s'agissait de gestation bilatérale.

B) *Portion de la trompe où siège la grossesse.* — Ici encore, comme tout à l'heure au sujet de la date d'interruption de la gestation, les observations d'hématocèles enkystées ne peuvent guère nous servir : la trompe, noyée dans les caillots et le travail d'organisation dont ils sont le siège, n'est souvent plus reconnaissable et rien n'indique le lieu exact de la nidation. Au contraire, dans les inondations péritonéales, cataclysmiques ou non, la localisation de l'embryon est encore reconnaissable.

Les classiques donnent cinq sièges possibles suivant le segment de la trompe où la grossesse est fixée : celle-ci peut être interstitielle (dans la portion de la trompe comprise dans l'épaisseur même du muscle utérin), isthmique, ampullaire, ou même infundibulaire (développée sur une frange du pavillon).

A la vérité nous ne nous occuperons pas de cette dernière localisation, dont nous n'avons aucun exemple (sauf peut-être l'observation 7 qui signale « à droite, une grossesse tubo-abdominale », sans autre détail.)

Sur 63 observations où la portion gravidique de l'oviducte a été précisée, nous trouvons :

Grossesse interstitielle. 1 cas, soit environ 2 %.

Grossesse isthmique... 21 cas, soit environ 33 %.

Grossesse ampullaire.... 41 cas, soit environ 64 %.

Le seul cas de grossesse interstitielle concerne une

malade opérée pour des accidents hémorragiques aigus (Obs. 17). Il a fallu exécuter une résection cunéiforme de la corne utérine.

Les grossesses isthmiques correspondent toutes à des inondations péritonéales; les grossesses ampullaires se divisent en deux groupes : 18 ont entraîné des hémorragies importantes libres, 23 se sont au contraire révélées par des hématoécèles enkystées ou partiellement enkystées.

Dans notre statistique, la localisation isthmique est beaucoup plus fréquente que ne l'indiquent les classiques : Martin trouvait seulement 8 cas sur 77, Couvelaire 7 sur 55. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces chiffres sont déjà anciens (Couvelaire : 1901) et qu'à cette époque, les grossesses isthmiques, généralement révélées par des accidents foudroyants, échappaient plus qu'aujourd'hui, aux opérateurs, qui intervenaient peut-être moins systématiquement.

Quoi qu'il en soit, la grossesse ampullaire est la plus fréquente des localisations (64 %), puis vient la grossesse isthmique (33 %), enfin la grossesse interstielle (2 %).

c) *Nature et pathogénie des accidents.* — L'examen de la lésion a permis de l'élucider dans 81 cas : 54 fois, il s'agissait d'une rupture de la trompe gravide, 21 fois d'un avortement tubaire; les 6 derniers cas concernaient des hématosalpinx fermés, qui n'étaient ni le siège d'une rupture, ni d'un avortement

tubaire, mais seulement des trompes gravides atteintes d'apoplexie ovulaire.

Ces fréquences relatives concordent avec les chiffres donnés antérieurement par M. Lenormant et Hartmann-Keppel :

4 avortements tubaires contre 18 ruptures dans leur première série; 9 avortements et 24 ruptures dans la deuxième.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de la valeur toute relative de ces chiffres; la plupart des ruptures entraînant une hémorragie sérieuse sont opérées rapidement et par conséquent sont facilement reconnues; il n'en est pas de même pour les avortements tubaires dont la plupart saignent peu, par poussées successives, aboutissant à une hémato-cèle; à l'intervention tardive, les lésions tubaires ne sont plus reconnaissables.

DEUXIÈME PARTIE

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Cliniquement, il n'est pas possible de superposer des tableaux symptomatiques différents aux diverses formes anatomiques : apoplexie ovulaire, avortement tubo-péritonéal, rupture tubaire. En effet, telle fissuration légère peut s'accompagner d'une hémorragie faible, qui évoluera à bas bruit; à l'opposé, un avortement tubaire peut donner lieu à une hémorragie telle que la vie de la femme est immédiatement en danger.

Aussi les classiques ont-ils été amenés à considérer trois formes cliniques différentes d'accidents de la grossesse ectopique : l'hématosalpynx, l'inondation péritonéale avec sang libre dans la cavité abdominale caractérisée par un syndrome aigu d'hémorragie interne, l'hématocèle enkystée où l'épanchement est limité par de fausses membranes et des adhérences, dont la symptomatologie est réduite à peu près uniquement à une tumeur.

En réalité, entre ces trois formes, on peut trouver tous les intermédiaires, et il est par exemple des formes d'inondation péritonéale, discrètes, sans symptômes menaçants, ou des hématocèles partiellement enkystées, avec un peu de sang libre dans la cavité abdominale, se traduisant elle aussi par un léger syndrome hémorragique.

MM. Lenormant et Hartmann-Keppel ont été ainsi amenés à proposer une nouvelle classification des accidents de la gestation ectopique basée sur cette extrême diversité des cas. Elle a, de plus, le mérite de se superposer assez exactement à l'évolution anatomique de l'épanchement sanguin.

Avec eux, nous envisagerons donc dans quatre chapitres différents :

I. Les hémato-salpynx (hémorragie intra-tubaire sans hémorragie intra-péritonéale).

II. Les inondations péritonéales (hémorragie intra-péritonéale libre).

III. Les hématocèles partiellement enkystées (hémorragie intra-péritonéales partiellement enkystée).

IV. Les hématocèles enkystées (hémorragie intra-péritonéale enkystée) correspondant aux véritables hématocèles des classiques.

Ce sont là les stades successifs de l'hémorragie tubaire d'origine gravidique : d'abord hémorragie intra-tubaire par apoplexie ovulaire et décollement de l'œuf, puis hémorragie intra-péritonéale, ayant pour origine soit la rupture primitive de la trompe gravige, soit la rupture secondaire de l'hémato-sal-

pynx, soit encore l'avortement tubo-abdominal. Cet épanchement sanguin intra-abdominal est toujours parfaitement libre au début, comme le montrent les opérations précoces, quelle que soit son abondance. L'enkystement est régulièrement secondaire, fonction de la réaction péritonéale au contact du sang épanché, et nous rejetons complètement la formule de Segond : « grande hémorragie dans un péritoine sain, petite hémorragie dans un péritoine malade ». Aucune constatation opératoire ne nous permet d'admettre qu'il y a des hémorragies primitivement enkystées dans des adhérences préexistantes.

A ce propos, on sait que Michon et Ponthus à Lyon, Burger à Strasbourg, ont repris les idées de Segond, en décrivant des *ruptures secondaires* d'hématocèles enkystées ; contrairement à ces auteurs, nous croyons qu'il ne s'agit dans ces cas que d'hématocèles *partiellement enkystées* sur lesquelles une nouvelle hémorragie s'est greffée.

Les trois dernières formes correspondent donc à des périodes évolutives qui se succèdent dans le temps : d'abord épanchement libre sans trace d'adhérence, puis début d'organisation par une barrière frêle et incomplète, enfin enkystement véritable.

Nous avons réparti nos observations dans ces quatre groupes anatomo-cliniques. Nous avons obtenu les chiffres suivants, qui donnent une idée de leur fréquence relative, en les juxtaposant aux séries précédentes de M. Lenormant :

	1 ^{re} SÉRIE	2 ^e SÉRIE	3 ^e SÉRIE	TOTAL
Hématosalpynx	3	8	7	18
Inondations péritonéales.....	19	26	76	121
Hématocèles part. enkystées.	3	4	5	12
Hématocèles enkystées.....	11	13	27	51
	36	51	115	202

Si bien que nous pouvons conclure que l'on opère les accidents de la gestation ectopique :

1° au stade d'hématosalpynx dans 2 % des cas ;

2° au stade d'hémorragie interpéritonéale libre dans 60 % des cas ;

3° au stade d'hémorragie partiellement enkystée dans 6 % des cas ;

4° au stade d'hématocèle enkystée dans 25 % des cas.

I. — Les Hématosalpynx

Ce groupe est de beaucoup le moins important de notre statistique, il comprend seulement 7 observations numérotées de 1 à 7 (voir page 22 et suivantes).

Nous avons peu de choses à dire sur l'*anatomie pathologique* : Cinq fois, le compte rendu opératoire mentionne l'existence d'un hématosalpynx, c'est-à-dire épanchement sanguin intra-tubaire sans que

jamais il y ait eu des débris placentaires ou fœtaux reconnaissables. Il est à noter que trois fois sur cinq, on signale l'existence d'*adhérences* :

Observation 5 : « quelques adhérences que l'on détache ».

Observation 6 : « très adhérent ».

Observation 4 : « très adhérent au côlon pelvien et au petit bassin ».

Dans un cas, il est noté que l'utérus est gros et dur, le péritoine très rouge avec des adhérences, et l'on fut conduit à faire une hystérectomie.

Une autre fois, il s'agissait d'une grossesse double, isthmique d'un côté, tubo-abdominale de l'autre.

Une des malades avait été déjà opérée quatre ans auparavant de grossesse extra-utérine.

Le tableau clinique n'a jamais été très net. Dans un cas, la malade se plaignait de malaises digestifs pour lesquels elle avait été examinée très complètement (radioscopie, rectoscopie), sans qu'on trouve l'explication de ses troubles.

Les autres malades avaient des douleurs abdominales et quelques pertes sanguines. Trois malades avaient un retard de règles.

Toutes les observations signalent l'existence d'une masse latéro-utérine, manifestement annexielle, et on a pensé généralement soit à une salpingite, soit à une grossesse extra-utérine (observations 2, 4, 5, 6).

Deux fois seulement le diagnostic exact fut posé : la malade de l'observation 3, déjà antérieurement opérée d'hématocèle, dit éprouver les mêmes symp-

tômes que la première fois et on l'opère d'urgence ; la malade de l'observation 7 présentait un retard de règles de huit jours et une masse salpingienne bilatérale ; on pensa à une grossesse ectopique double et cette hypothèse fut vérifiée à l'intervention.

En résumé, l'hématosalpinx se manifeste au point de vue clinique d'une manière discrète : ce sont tantôt des troubles digestifs, tantôt des douleurs abdominales qui entraînent la malade à consulter.

Seuls la coexistence d'une masse annexielle dans un cul-de-sac avec un retard de règles (surtout s'il a été suivi de pertes sanglantes irrégulières et persistantes) peut permettre d'affirmer le diagnostic.

Réciproquement, on peut croire à une grossesse tubaire avec hémosalpinx en présence d'autres affections. Les deux observations que nous publions ci-dessous en sont la preuve. Dans la première il s'agissait d'une grossesse angulaire ; dans la deuxième d'une rupture de corps jaune.

OBSERVATION I

M^{me} L. L., 29 ans.

Entrée le 13 novembre 1930. Retard de règles de deux mois. Souffre du ventre.

A l'examen, on constate que l'utérus est un peu augmenté de volume, mobile, avec une tuméfaction arrondie et douloureuse au niveau de la corne utérine gauche.

Le diagnostic hésite entre grossesse tubaire et grossesse angulaire.

Opération le 15 novembre.

Incision médiane sous-ombilicale. Aucune adhérence. Annexes normales. Utérus gros, natiforme, avec grosse bosselure au niveau de chacune des cornes utérines. La bosselure gauche est plus volumineuse que la droite et sa consistance est très molle, rénitente, alors que la droite a la même consistance que le reste de l'utérus. Il semble donc bien qu'il s'agisse d'une grossesse angulaire en évolution, et dans ces conditions on n'y touche pas.

Fermeture du ventre.

OBSERVATION II

M^{me} D. J., 34 ans.

Entrée le 4 avril 1930. Malade soignée depuis plusieurs semaines pour une poussée de pelvi-péritonite avec salpingite.

Il persiste très longtemps une induration marquée dans la région latéro-utérine droite et il semble que l'on sent encore à ce niveau une tumeur.

Opération le 14 mai. Rachianesthésie. Une exploration rapide du bassin montre que la trompe et l'ovaire droits sont normaux.

A gauche, gros ovaire congestionné avec corps jaune rompu qui saigne. L'ovaire s'écrase pendant les manipulations et il faut l'enlever pour faire l'hémostase.

Guérison.

II. — Les inondations péritonéales

Au nombre de 76, les observations de ce chapitre sont caractérisées par l'existence d'un épanchement

sanguin intrapéritonéal sans aucune trace d'enkystement.

Au point de vue clinique, il est possible de les classer en deux groupes, suivant l'importance de la réaction générale.

1°) 55 observations où la malade est entrée à l'hôpital avec un syndrome d'anémie aiguë, le diagnostic fut toujours fait et la malade opérée d'urgence;

2°) 21 observations où le syndrome d'hémorragie interne fut beaucoup plus atténué, le diagnostic fut parfois erroné et la malade opérée, soit pour une appendicite, soit pour une salpingite.

En d'autres termes, l'urgence de l'intervention ne fut manifeste que 55 fois sur 76 cas; dans les 21 cas restants, si on pensa parfois à une grossesse extra-utérine, aucun symptôme ne venait affirmer l'existence d'un épanchement sanguin libre dans la cavité abdominale. Ce second groupe est très intéressant à connaître, il correspond aux « formes frustres », aux « formes bâtardes », « aux formes larvées » d'inondation péritonéale sur lesquelles de nombreux auteurs ont insisté ces dernières années (Metzger, Mondor, Lenormant).

Nous allons successivement étudier ces deux séries d'observations.

A) INONDATIONS PÉRITONÉALES AVEC SYMPTÔMES MENAÇANTS

Nous rangeons sous ce titre 55 observations. Ce

chiffre opposé à celui de notre série totale (116) est très important : par rapport à toutes les formes d'accidents de la grossesse tubaire rencontrées en clinique, une fois sur deux, on observe une inondation menaçant immédiatement la vie de la malade; c'est donc dire que l'inondation cataclysmique de Barnes est le type clinique le plus souvent rencontré dans les hémorragies tubaires d'origine gravidique. Cette affirmation est d'ailleurs corroborée par les statistiques antérieures de MM. Lenormant et Hartmann-Keppel : 15 sur 36 malades en 1915, 24 sur 48 malades en 1923.

Nous envisagerons successivement l'anatomie, la clinique et le diagnostic de ces inondations péritonéales.

1° *Anatomie pathologique.* — La cause de l'hémorragie est précisée dans les 55 observations : 47 fois, il s'agissait d'une rupture tubaire, 8 fois d'un avortement tubo-abdominal. On voit donc que, contrairement au schéma classique : inondation = rupture et hématocele = avortement, ce dernier peut donner lieu à des hémorragies intrapéritonéales libres, menaçant immédiatement la vie, dans une proportion assez forte : presque 15 % des cas.

Ce point est particulièrement important au sujet de la conduite à tenir au cours de l'intervention pour hémorragie intrapéritonéale. Lecène (1910) cite un cas où il s'agissait d'une grossesse isthmique très jeune qui saignait par le pavillon : à l'opération, le volume quasi normal de la trompe et l'intégrité de ses parois aurait pu empêcher le chirurgien de la

reconnaître pour le point de départ des accidents. On conçoit le dommage grave qui peut en résulter, puisque, si l'on n'enlève pas la trompe, on n'a pas tari la source de l'hémorragie. Qui plus est, si l'autre trompe est volumineuse, on peut, méconnaissant la grosseesse tubaire de l'autre côté, enlever celle-ci, et, par conséquent, laisser persister la cause des accidents.

Nous possédons une observation où une erreur semblable faillit être commise (Obs. 59); le compte rendu opératoire porte en effet :

« On trouve une grande quantité de sang liquide
« dans le ventre, sans aucune tendance à l'enkyste-
« ment. On sent du côté gauche une annexe volumi-
« neuse, on place une pince sur le pédicule utéro-
« ovariën; on cherche la déchirure, on ne trouve
« rien. Du côté droit, au contraire, trompe petite,
« mais saignant par le pavillon; il s'agit d'un avor-
« tement tubaire droit.

« La mise en place d'une pince sur le pédicule
« utéro-ovarien gauche oblige malheureusement à
« faire une hystérectomie. »

Le dommage a donc été circonscrit puisque le côté atteint a été reconnu à temps. Il n'en est pas moins vrai que l'erreur initiale d'interprétation des lésions a été préjudiciable, puisqu'elle a conduit à une hystérectomie, qui aurait pu être évitée.

Nous ne pouvons donc qu'appuyer ce que dit Moulonguet dans son livre récent : « Il faut avoir présent à l'esprit la possibilité de ces hémorragies intra-

péritonéales profuses sans rupture de la trompe et sans hématosalpinx. »

La rupture de la trompe gravide peut se faire sur un quelconque des segments de l'organe. Le siège de cette rupture est noté 36 fois dans nos observations, elle était une fois interstitielle, 14 fois ampullaire, 21 fois isthmique. Il en résulte, fait connu depuis longtemps d'ailleurs, que c'est la grossesse isthmique qui se rompt avec le plus de fréquence : 59 %, un peu plus de la moitié des cas. La grossesse ampullaire est en cause beaucoup moins souvent : 29 % ; quant à la grossesse interstitielle, elle est exceptionnelle et elle ne se rencontre que dans 1 à 2 % des cas. C'est d'ailleurs un chiffre très voisin de ceux que donnent Litt-hauer et Hœhne dans leurs articles récents.

Les comptes rendus opératoires souvent succincts, et le manque d'examen histologique, ne nous permettent pas d'aller plus loin dans l'étude exacte du siège de la rupture, et particulièrement de savoir si certaines grossesses n'étaient pas développées dans des *diverticules* de la trompe, éventualité sur laquelle Lecène insistait déjà en 1910.

Nous nous sommes demandé s'il n'était pas possible d'établir quelque relation entre l'abondance de l'hémorragie et l'état anatomique de la trompe : grandeur de la rupture, siège, circonstances spéciales, etc.; et là, par contre, nous disposons de quelques précisions.

Parmi les grossesses ampullaires, quatre observa-

tions sont assez explicites : il s'agissait dans les quatre cas d'une déchirure importante (4 cm. dans une observation, comme une pièce de 5 fr. dans une autre, allant jusqu'au pavillon dans une troisième). Deux fois l'épanchement sanguin était d'importance moyenne; dans les deux autres cas, l'hémorragie était très considérable, à tel point dans l'observation 21 que la malade tomba inanimée sur la voie publique.

Sept observations de grossesse isthmique sont explicites au point de vue qui nous occupe ici ; toutes les déchirures importantes se sont accompagnées d'hémorragie diffuse grave (4 cas). Les trois observations concernant des lésions minimales se répartissent ainsi : une fois, sang en quantité moyenne; deux fois, sang en très grande abondance. Il est bon de remarquer que l'un de ces cas avait trait à une simple fissuration tubaire (n° 63) et que l'autre malade présentait un orifice gros comme une tête d'épingle.

De la comparaison de ces résultats, malheureusement peu nombreux, nous ne pouvons tirer que des conclusions assez vagues, mais qui sont cependant intéressantes :

1° Les grandes déchirures ampullaires ont autant de chances de saigner peu que de saigner beaucoup.

2° Les lésions isthmiques, même de toutes petites dimensions, sont généralement immédiatement graves, car elles s'accompagnent d'une hémorragie d'emblée importante.

Signalons que dans un cas (Obs. 26) l'opérateur a constaté une hémorragie artérielle sur la tranche

tubaire; une autre fois (Obs. 49), la rupture isthmique saignait encore au moment de l'intervention.

Enfin, nous en aurons fini avec l'anatomie pathologique des inondations péritonéales avec accidents menaçants, en signalant que 13 fois seulement le fœtus ou des débris placentaires furent reconnus à l'intervention. Dans deux cas le fœtus était encore vivant, présentant quelques mouvement spontanés (Obs. n^{os} 54, 60).

2^o *Clinique.* — Les symptômes cliniques de l'inondation péritonéale par gestation ectopique sont trop connus pour que nous les donnions ici au grand complet.

Dans les cas tout à fait typiques, ce sont avant tout les signes d'hémorragie interne qui, chez une femme jeune, font immédiatement penser à l'accident tubaire d'origine gravidique : pâleur, décoloration des téguments et des muqueuses, facies cireux et résigné, respiration courte, sueurs froides, extrémités froides, font faire immédiatement le diagnostic d'anémie aiguë.

La malade, ou son entourage, dit qu'elle a présenté un retard de règles, ou au moins des irrégularités menstruelles.

L'exploration de l'abdomen, souple, ne donne pas de renseignements. Le toucher par contre, en provoquant une douleur vive, exquise, dans le cul-de-sac postérieur, révèle là un signe de tout premier ordre. Il n'en faut pas plus pour faire le diagnostic exact : signes d'hémorragie interne, quelques pertes ou un

retard, douleur élective du Douglas, constituent la triade symptomatique de l'inondation péritonéale qui commande l'intervention sans plus tarder.

En est-il toujours ainsi ? Le tableau est-il toujours aussi net ? Y a-t-il des signes complémentaires qui viendraient ajouter un appoint sérieux au diagnostic ? C'est ce que nous allons voir avec les éléments dont nous disposons.

a) *Prodromes et début des accidents.* — A l'interrogatoire, il est parfois possible de discerner l'existence de troubles fonctionnels qui, ayant précédé l'accident brutal, acquièrent une véritable valeur de prodromes. Ce sont souvent des *douleurs abdominales*. Peu intenses généralement, elles se résument à une pesanteur, un « point » dans le bas-ventre. Elles peuvent prendre le caractère de crampes unilatérales, avec irradiations variables, très souvent lombaires, assez rarement périnéales (Obs. 45), rectales, crurales. Elles réalisent quelquefois de véritables petites crises de coliques salpingiennes de courte durée, « calmées par l'écoulement plus que par le repos » (Mondor). D'autres fois, c'est même le grand syndrome à peine ébauché, avec petite réaction péritonéale, où les douleurs paroxystiques s'accompagnent d'un peu de pâleur, de nausées, d'un léger ballonnement.

Ainsi compris, ces phénomènes douloureux ont une importance diagnostique assez grande pour motiver un interrogatoire soigneux de la malade.

Dans notre statistique, sur 22 cas, où les antécédents sont précisés avec quelques détails, des dou-

leurs abdominales sont signalées 14 fois comme existant avant l'accident brutal. Elles n'avaient en règle générale pas grand caractère : dans un compte rendu, où la malade était en observation à l'hôpital (Obs. 26), on avait même pensé à une péritonite tuberculeuse jusqu'au moment où s'est produit la rupture. Dans quatre observations, par contre, elles avaient pris l'allure de véritables crises douloureuses, survenues sans cause apparente, cessant de la même façon.

Généralement, ces symptômes douloureux s'étaient manifestés pendant plusieurs jours avant les accidents : une semaine (Observ. 18), deux semaines (Obs. 56), deux mois (Obs. 28), trois jours (Obs. 34, 53), quatre jours (Obs. 45).

Nous n'avons pas constaté, dans notre série, de *symptômes vésicaux*, sur lesquels Mondor a récemment insisté, et dont de Rouville a publié en 1919 une belle observation. La découverte de pareils antécédents nous paraît d'ailleurs plutôt faite pour dérouter le clinicien que pour l'avertir.

Il n'en est pas de même des *syncopes*. Nous ne voulons pas parler ici de la syncope contemporaine de la rupture ou de la tendance syncopale qui accompagne si souvent celle-ci et sur laquelle nous reviendrons, mais des petites syncopes répétées, survenues dans les jours qui précèdent et qui nous paraissent avoir une valeur sémiologique de tout premier ordre. Elles traduisent évidemment un léger degré d'hémorragie. Nous avons ainsi noté la présence de syncopes prémonitoires dans 7 observations : la malade de

l'observation 8 avait eu deux syncopes la veille de son entrée à l'hôpital; celle de l'observation 45 avait présenté des syncopes quatre jours auparavant, celles des observations 9, 35, 39, 40 avaient eu de nombreuses syncopes, petites et répétées.

L'interrogatoire doit encore être orienté vers les *modifications de la menstruation*. Parmi celles-ci, la plus importante est le *retard des règles*, et tous les auteurs insistent sur sa signification et sa fréquence.

Dans 30 observations nous avons trouvé l'existence d'un retard. Il a varié :

Entre 0 et 15 jours.....	9 fois
Entre 15 jours et un mois.....	8 fois
Entre un mois et trois mois.....	11 fois
Au-dessus de trois mois : aucune observation.	

On voit donc, et ceci confirme l'opinion classique, que le retard de règles est toujours minime et dans 60 % des cas inférieur à un mois.

Dans deux observations, il est spécifié qu'il n'y avait aucune aménorrhée.

Ceci mérite de nous arrêter un peu : déjà M. Lenormant et Hartmann-Keppel avaient observé quatre cas analogues dans leur précédente série. Sproat Heaney disait récemment : « L'aménorrhée est mentionnée dans les livres avec trop d'emphase. » Mondor ajoute : « Le premier signe (de la grossesse extra-utérine), ce n'est donc pas le retard de règles, c'est, malgré son aspect si commun, si banal, un *saignement irrégulier*. »

Ceci est assez compréhensible : d'abord nombre de

grossesses tubaires entraînent des accidents avant la fin du premier mois, avant par conséquent qu'il y ait eu la moindre modification de l'écoulement cataménial. De plus, le retard est souvent si faible que seul un interrogatoire minutieux permet de l'extraire de la mémoire de la malade. Bien plus, il s'y ajoute souvent des hémorragies, petites et répétées, que la malade prend pour ses règles, anormalement longues. Comme le dit Mondor : « Comment la malade se croirait-elle sans règles ? Elle a l'impression inverse : que ses règles n'en finissent plus. » Et, de fait, c'est ce symptôme des pertes vaginales que nous retrouvons le plus souvent noté dans nos observations : 18 fois, l'interrogatoire a appris l'existence de : « règles irrégulières », « petites pertes sépia », « petites métrorragies noirâtres ».

Ce signe de saignement irrégulier n'est d'ailleurs lui non plus pas absolu : dans trois observations, il est formellement spécifié qu'il n'existait aucune perte vaginale.

En résumé, douleurs abdominales, règles anormales ou absence des règles, sont les meilleurs signes précurseurs qui, en présence d'un syndrome hémorragique aigu, permettent, même avant tout examen, d'orienter le diagnostic vers la grossesse tubaire.

Quant à l'expulsion d'une caduque qui, pour les accoucheurs, signifie la mort de l'œuf, elle est assez rare : nous ne la trouvons signalée que deux fois (Obs. 18, 39). Mondor ne l'a rencontrée qu'une fois sur cinq. Barret l'a observée trois fois, mais toujours

après l'intervention, du quatrième au cinquième jour. A notre avis, c'est d'ailleurs un signe trompeur : l'expulsion de la caduque en moulage de la cavité utérine est tout à fait exceptionnelle. C'est généralement des débris informes qui ont été recueillis et on a pu les prendre pour des débris placentaires et croire à une fausse-couche : l'observation 39, où la malade fut adressée dans le service pour avortement, en est un exemple typique.

Quoi qu'il en soit de tous ces symptômes prodromiques de l'inondation péritonéale, le début *proprement dit des accidents* est toujours brutal, douleur extrêmement vive en un point quelconque de l'hypogastre, rapidement diffusée à tout l'abdomen. Très souvent une syncope l'accompagne. C'est le cas de la malade de l'observation 26, trouvée inanimée dans la rue. La perte de connaissance a pu être assez prolongée et même les syncopes sont parfois subintrantes (Obs. 42). D'autres fois, c'est une simple tendance syncopale (cinq fois dans notre série) qui accompagne les douleurs initiales.

Des vomissements ont été observés quatre fois seulement.

Quoi qu'il en soit, la gravité de la situation fait envoyer rapidement la malade à l'hôpital. C'est ainsi que dans toutes les observations où le temps écoulé depuis le début des accidents a été noté, celui-ci a toujours été inférieur à 18 heures : une fois 18 heures, une fois 17 h., une fois 16 h., deux fois 14 h., deux

fois 12 h., deux fois 10 h., une fois 8 h., une fois 7 h., une fois 5 h.

Tous les auteurs insistent sur la fréquence du début en *deux temps* ou en plusieurs temps : il est très important à bien connaître pour ne pas être délibérément optimiste devant une accalmie trompeuse ou une amélioration temporaire de l'état général. Une de nos observations signale ainsi une hémorragie en deux temps (Obs. n° 12).

Il est, d'autre part, d'une importance extrême de savoir que la rupture peut se produire *au cours d'un examen gynécologique* : Eparvier, Forgue, Mondor en citent des exemples dramatiques. Dans notre observation 60, le toucher vaginal fut ainsi responsable de la rupture. Il est donc indispensable de toujours pratiquer avec une grande prudence et une grande douceur l'examen d'une femme suspecte de grossesse extra-utérine et surtout de la *faire surveiller* étroitement pendant une heure ou deux après le toucher.

b) *Signes fonctionnels et généraux.* — Dès que le clinicien est en présence d'une malade atteinte d'inondation péritonéale, il est frappé par son *facies* et son *état général*.

La *pâleur* est en effet un symptôme très important : il s'agit généralement d'une teinte cireuse, atteignant les lèvres, les conjonctives, la face inférieure de la langue; elle est signalée explicitement dans 19 observations.

Le *pouls* est généralement accéléré et faible; dans

16 observations il était au-dessus de 100 et mal frappé, et 4 fois il était incomptable ou imperceptible.

Il n'en est pas moins vrai que c'est un signe trompeur : 4 fois nous le trouvons noté parfait, avec une accélération minime, malgré la présence de sang libre dans le ventre. Ce fait a été signalé dans de nombreuses statistiques : Metzger, dans une leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, en rapporte trois observations. M. Lenormant disait aussi que le pouls est faible, mais pas toujours très rapide. Mirto a rapporté un cas de véritable bradycardie à 45.

A tout ceci se rattache la question de la *pathogénie* de ce syndrome hémorragique. On sait que vers la même époque (1908) Robb et Simpson en Amérique, Albertin au Congrès de Chirurgie de Paris, pensèrent que le shock péritonéal réflexe, plus que l'hémorragie proprement dite, était généralement en cause. Il en résultait une conséquence opératoire d'importance : abstention opératoire immédiate, pour laisser se dissiper le shock. Tout récemment, Ricard y est revenu à la Société de Chirurgie de Lyon, se basant sur quelques observations personnelles; il soutient que l'état de shock peut exister avec un épanchement sanguin minime, ou même sans épanchement du tout, et que ces malades doivent évidemment, dans le doute, bénéficier d'une opération précoce, mais préparée pendant quelques heures par un traitement anti-shock; le réflexe péritonéal partirait, soit de la trompe distendue comme le veut Albertin, soit du péritoine

du Douglas (Condamin). Dans la discussion qui suivit cette communication, Villard dit qu'il n'a jamais opéré de rupture tubaire sans trouver un épanchement sanguin abondant, dont l'importance justifiait les symptômes généraux. En fait, aucune observation de notre série ne permet de faire jouer au shock péritonéal un rôle aussi manifeste dans la pathogénie du syndrome anémique : aucun opérateur ne signale de disproportion entre l'état général et l'épanchement sanguin intra-péritonéal.

Il est certain, comme le pense Villard, que les phénomènes observés sont plutôt en relation avec la *brusquerie* de l'hémorragie qu'avec son abondance. Mais nous n'oserions pas aller aussi loin que cet auteur qui distingue des formes pseudo-cataclysmiques par une hémorragie courte mais brusque, et des formes cataclysmiques vraies où l'hémorragie est plus abondante et persistante. Dans les premières le pouls serait faible et lent ; dans les deuxièmes on le trouverait misérable et rapide.

A la vérité toute cette discussion nous paraît un peu byzantine : comme l'a fort bien dit Patel : « Lorsqu'une artère saigne à plein canal, il faut la lier. » Aucun argument ne nous paraît résister à cette formule de bon sens.

La température est généralement normale ou même inférieure à 37° : cette hypothermie est sous la dépendance du facteur anémie aiguë. Mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Mondor dit

qu'il n'est pas exceptionnel que 38°5, 39° soient atteints. Nous n'avons jamais constaté une pareille hyperthermie; mais dans cinq observations, on trouve noté une température aux alentours de 38°. Ce fait mérite d'être mentionné : une hyperthermie ne peut à elle seule infirmer le diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

Dans ce tableau des signes généraux et fonctionnels de l'inondation péritonéale, nous voulons encore insister sur les localisations anormales de la douleur.

Deux fois nous trouvons indiquée une douleur dans la *fosse iliaque droite*; celle-ci aurait pu faire penser à une appendicite, mais chaque fois le diagnostic fut rectifié par le syndrome anémique.

Plus importante encore est la *douleur tardive* élevée. On sait que, sous ce nom, les auteurs, à la suite de Laffont (1919), groupent toute douleur sus-ombilicale dans la grossesse extra-utérine.

Elle serait tardive, c'est-à-dire qu'il y aurait toujours un décalage de quelques heures entre la douleur pelvienne et la douleur haute.

Il s'agit vraisemblablement presque toujours d'une névralgie phrénique droite. Anatomiquement son existence serait expliquée (Labry) par une prédominance considérable des branches abdominales du phrénique droit sur celle du phrénique gauche. On peut concevoir cette irritation nerveuse comme secondaire à celle du plexus solaire, avec lequel, seul, le nerf phrénique droit est anastomosé d'une façon constante. Le plexus solaire serait peut-être irrité direc-

tement par des caillots libres à travers les anses grêles jusqu'à l'étage supérieur de l'abdomen, ou atteint indirectement par le sang épanché dans le Douglas et le péritoine pelvien.

Quoi qu'il en soit de sa pathogénie, la douleur tardive élevée est rare; Mondor ne l'a observée que quatre ou cinq fois; Labry en a recueilli récemment quatre nouveaux cas. Nous-même disposons de trois observations dont voici le texte :

1. *Observation 49* : Douleur pelvienne depuis la veille de son entrée, à laquelle s'est surajoutée une *douleur épigastrique* avec irradiations vers l'épaule droite... A l'opération, rupture isthmique gauche. Sang libre en abondance.

2. *Observation 60* : Envoyée dans le service avec le diagnostic d'appendicite. En réalité, souffre du ventre depuis quelques jours, autant dans la fosse iliaque droite que dans la gauche. *Douleur à la base du cou*... On met la malade en observation, et quelques minutes après l'examen, elle présente le symptôme d'une rupture de grossesse tubaire (grossesse ampullaire rompue).

3. *Observation 63* : Début des accidents par une douleur syncopale. Puis, à cette douleur abdominale, s'est surajoutée une *douleur scapulaire et sternale droite*... A l'opération fissuration d'une grossesse isthmique droite. Un litre de sang dans le ventre.

Deux fois par conséquent (Obs. 40 et 63) la douleur a été réellement tardive, secondaire à la douleur abdominale, comme le veut Laffont ; dans un cas, la

trompe atteinte était la trompe droite, dans l'autre c'était la trompe gauche. Ceci souligne les possibilités d'*irradiation croisée* sur laquelle tous les auteurs ont insisté.

L'observation 60 est un peu différente ; il s'agit d'une douleur à la base du cou avant la rupture, notion déjà signalée par quelques auteurs, dont Labry particulièrement.

c) *Examen physique*. — Celui-ci doit comporter un examen de l'abdomen et un examen gynécologique.

1°) *L'abdomen*. — Le ventre est habituellement légèrement ballonné, mais cette nuance clinique ne peut être d'aucun appoint pour le diagnostic.

Il en est tout autrement de la *matité déclive* qui traduit l'épanchement intra-abdominal. Thomas accorde une grande valeur à sa recherche. A la vérité c'est un signe rare : Mondor l'a constaté exceptionnellement. Brady, sur 50 cas, ne la trouve que quatre fois. Nous-même cependant, la notons six fois sur nos 55 observations. Nous croyons donc pouvoir dire que la recherche systématique de la matité déclive doit être effectuée ; celle-ci est malheureusement toujours discrète et souvent difficile à mettre en évidence.

La souplesse de la paroi abdominale est toujours la règle, et notre série ne nous permet en rien d'infirmar à ce point de vue les données classiques ; le ventre est habituellement souple ; Lecène et Proust y ont longuement insisté récemment à la Société de

Chirurgie. Proust dit très justement que l'hémorragie péritonéale est « un des seuls cas où ce signe merveilleux, qui est la contracture et qui indique la réaction péritonéale, soit en défaut » et, comme pense Mondor : « il faut retenir qu'attendre la défense musculaire, la contracture pour diagnostiquer une rupture ou un avortement tubaire grave serait aussi décevant qu'attendre le collapsus pour diagnostiquer la péritonite ».

Il n'en est pas moins vrai que la contracture peut exister. P. Duval en a observé deux cas indiscutables. Hartmann, Brocq, Mathieu ont vu des contractures abdominales à la suite d'hémorragies intra-péritonéales d'autres causes que la grossesse tubaire.

Dans notre série, nous trouvons deux cas où la contracture abdominale était très nette (Obs. 24 et 28) ; il faut noter d'ailleurs que les deux malades présentaient un léger crochet de température (38, 38°5). Deux autres observations indiquent l'existence « d'une légère défense de l'hypogastre ». On voit donc que ce symptôme est rare : celui qui l'attendrait pour poser le diagnostic commettrait une grave erreur.

Pour résumer tout ceci, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire *in extenso* les conclusions de Proust à ce sujet à la séance du 15 octobre 1930 à la Société de Chirurgie : « Je considère qu'il y a un certain nombre de cas, d'observations bien prises, dans lesquelles il existe une contracture en même temps qu'une hémorragie intra-péritonéale. Le pourcentage de ces cas n'est pas encore régulièrement établi... Il

me semble dès maintenant qu'on peut, avec Mondor, penser que, dans l'ensemble de ces cas, la contracture n'est pas habituelle et poser qu'en tout cas elle n'est pas nécessaire. S'abstenir parce qu'il n'y a pas de contracture serait, comme je l'ai déjà dit, une grave erreur, et c'est dans mon opinion pour prévenir un tel danger que Lecène, avec sa pensée clairvoyante, avait tellement insisté sur cette question. »

Nous ne voulons dire qu'un mot du « signe de Cullen ». Cet auteur a décrit en 1919 une « teinte bleutée » de la région ombilicale comme symptomatique d'un épanchement sanguin intra-abdominal. Mondor l'a observé deux fois, Barrat l'a vu une fois. Ce signe traduirait, pour Cullen, la présence de pigments sanguins amenés par les lymphatiques sous la peau de l'ombilic. Nous croyons plus simplement, avec Barret, qu'il s'agit d'une teinte réalisée par l'épanchement abdominal lui-même, visible par transparence sous une peau distendue. Nous ne l'avons jamais rencontré.

2°) *Le toucher*. — Beaucoup plus important que la palpation ou la percussion abdominale est l'examen gynécologique.

Le *col* est souvent un peu mou (4 fois), l'*utérus* plus ou moins augmenté de volume (signalé dans six observations). Parfois, on sent nettement une masse *latéro-utérine* (5 fois), mais c'est une constatation assez rare. En somme, tout est noyé dans une résistance diffuse; la paroi abdominale douloureuse se

déprime mal, ce n'est pas au moyen de ces symptômes que l'on peut faire le diagnostic.

Ce sera dans les culs-de-sacs que nous allons trouver les renseignements les plus intéressants. Le plus important nous est donné par le *Douglas*. C'est Proust qui, le premier, fit une complète description de la *sensibilité du Douglas* qui est un des meilleurs signes d'inondation d'origine tubaire. Il s'exprima dans ces termes : « Il est impossible de percevoir, au toucher bimanuel, le sang liquide répandu dans le Douglas. Mais si, à ce moment, on fait la palpation profonde de ce cul-de-sac, on détermine une de ces douleurs dont on a l'habitude de dire qu'elles sont exquisés, douleur tellement perçante que chez les malades en demi-syncope, on leur arrache encore une plainte. »

Ce symptôme du « cri du Douglas » a une très grosse valeur : « Bien observé, dit Mondor..., le signe de la douleur exquise du Douglas est presque aussi formel dans son commandement que la contracture de la paroi l'est dans le sien. »

Il est utilisé avec profit par la plupart des chirurgiens : il ne manque pour ainsi dire jamais, dans les inondations menaçant immédiatement la vie. Nous le trouvons signalé dans 24 observations de notre série.

Notons que le signe de Proust, dans toute sa pureté, doit comprendre un élément positif : la douleur exquise et un élément négatif ; la parfaite dépressibilité du Douglas. Et cet auteur insiste tout particulièrement sur cette association. « Ce qui est frappant

dans les inondations péritonéales, c'est le contraste entre la palpation des culs-de-sacs, qui ne révèle aucune modification de forme et la douleur extrême que détermine leur palpation profonde. »

Il n'en est pas toujours ainsi, et depuis longtemps on trouve indiqué au contraire comme signe de la grossesse tubaire rompue, l'empâtement du Douglas. Ce symptôme, auquel on a donné le nom de signe de Solowij, est plus discret, plus nuancé que le signe de la douleur provoqué, mais il peut rendre des services. Mondor l'a utilisé souvent. Voici comment il le décrit : « Le Douglas semble avoir ses parois antérieures et postérieures, écartées l'une de l'autre, on a dit dédoublées, c'est très juste. On y sent contre la paroi postérieure du vagin, en haut, une rénitence très molle, comparable à celle d'une hydrocèle très peu tendue... quelquefois la résistance est moins liquide, plus neigeuse et à peine indiquée, mais ce signe est vrai. Il a malheureusement un minimum d'expression et cela rend sa recherche difficile et exigeant une grande habitude du toucher vaginal. » Nous l'avons trouvé cinq fois signalé, il est donc moins fréquent que la sensibilité exquise du Douglas.

Toute la symptomatologie n'est pas toujours cantonnée au Douglas, et à notre avis, on n'a pas assez insisté sur l'existence assez fréquente de « signe de Proust », ou de « signe de Solowij » latéralisés, pour ainsi dire. C'est ainsi que nos observations nous montrent cinq fois l'existence d'une douleur vive dans le cul-de-sac latéral, sans autre signe, et six fois

un empâtement d'un cul-de-sac latéral sans autre expression. Il est facile de comprendre en effet que le toucher d'un cul-de-sac latéral, atteignant la base du ligament large du côté en cause, soit douloureux, et que même il montre là, plus ou moins nettement, la lésion tubaire sous la forme d'une résistance profonde.

3°) *Formes cliniques et diagnostic.* — Nous avons peu à écrire sur ce chapitre; car dans notre statistique, il n'y eut aucune erreur de diagnostic clinique. On a parfois pensé à une appendicite, surtout dans les deux cas où il existait une contracture pariétale avec de la fièvre, et chaque fois le diagnostic fut réformé par l'existence des signes généraux d'hémorragie interne. Ce n'est donc pas ici qu'il faut décrire les formes pseudo-appendiculaires, pseudo-occlusives, pseudo-abortives de l'inondation péritonéale, mais bien plutôt au prochain chapitre qui traitera des hémorragies intrapéritonéales sans accidents menaçants avec une symptomatologie plus fruste qui peut entraîner l'erreur.

De plus, nous ne possédons non plus aucune observation de diagnostic reconnu faux à l'intervention; toutes les hémorragies intrapéritonéales d'origine non gravidique que nous avons observées s'étaient toujours accompagnées d'un syndrome anémique peu important; nous en verrons quelques exemples au prochain chapitre.

Réciproquement, il est possible, quoique rare, de croire à une inondation péritonéale en présence d'une

autre affection. L'observation suivante, où une salpingite catarrhale a entraîné une décoloration de la face et des extrémités avec trois syncopes constatées dans le service, est assez curieuse :

M^{me} C. L., 27 ans. Entrée le 4 février 1926 pour douleur abdominale brusque. A eu des pertes rouges.

Décoloration de la face et des extrémités.

Trois syncopes dans le service.

A l'examen, douleur aux annexes droites.

Diagnostic : hématoçèle.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit en fait d'une salpingite catarrhale droite.

Fermeture en 3 plans sans drainage.

Sort guérie.

B) INONDATIONS PÉRITONÉALES SANS SYMPTÔMES MENAÇANTS

C'est là une forme plus rare que la précédente, caractérisée anatomiquement par la présence de sang libre dans le ventre, sans aucun travail d'enkystement et cliniquement par l'absence de signes classiques d'hémorragie interne, ou au moins par leur discrétion. Nous avons groupé 21 cas répondant à cette définition.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces observations se répartissent en 12 grossesses tubaires droites et 7 grossesses tubaires gauches et deux cas

où il existait de l'autre côté un hématosalpynx ; il n'est pas possible, en l'absence d'examens histologiques, d'affirmer qu'il s'agissait là de grossesses tubaires doubles.

La *cause* de l'hémorragie est spécifiée dans 20 observations et nous trouvons 7 ruptures contre 13 avortements tubaires. La proportion d'avortements, beaucoup plus forte que dans les formes précédemment étudiées, n'est pas pour nous surprendre; l'hémorragie est habituellement moindre et par conséquent le syndrome d'anémie aiguë moins fréquent. Il n'y a aucune rupture isthmique : les 7 ruptures sont ampullaires. Ceci confirme ce que nous disions plus haut de la gravité immédiate beaucoup plus grande des grossesses isthmiques.

Dans quatre observations seulement, on a noté la présence reconnaissable de fœtus ou de débris placentaires.

Au point de vue clinique le tableau symptomatique a toujours été plus flou que dans les inondations péritonéales avec symptômes menaçants.

Avant l'accident brutal, nous retrouvons cependant les mêmes antécédents : douleurs abdominales peu intenses ou par crises, pertes vaginales ou irrégularités menstruelles. C'est ainsi qu'il existait 6 fois un retard de règles manifeste, allant de 8 jours à 3 mois, et 14 fois un saignement irrégulier, ou au moins une seule perte vaginale anormale; 3 malades seulement n'avaient pas eu d'aménorrhée ; deux n'avaient présenté aucun trouble menstruel.

Les signes d'hémorragie interne ont été le plus souvent absents; quelquefois ils existaient, mais très atténués (5 fois); trois fois cependant, la constatation d'une pâleur progressive a été chaque fois d'un bon appoint pour le diagnostic. De même dans 4 observations des syncopes sont signalées.

L'examen physique n'a généralement rien révélé de précis du côté de l'abdomen. Cependant trois fois (Obs. 18, 38, 69) un point appendiculaire parfaitement net était constaté; dans un cas, il existait même une contracture à ce niveau.

La malade de l'observation n° 71 présentait un syndrome d'obstruction intestinale chronique et un léger ballonnement.

Celle de l'observation 78 avait, du côté droit, une tuméfaction profonde qui avait fait hésiter avant l'intervention, car on ne sentait rien au toucher.

Les renseignements donnés par le toucher vaginal sont plus précis; mais il est intéressant de noter qu'ils ont été très différents de ceux qu'on avait obtenus dans la forme précédente; en particulier, deux observations seulement signalent l'existence d'une sensibilité du Douglas (Obs. 75 et 80).

La constatation généralement faite par l'examen gynécologique est celle d'une tumeur située habituellement sur un des flancs de l'utérus (9 fois) et dont le siège annexiel est à peu près certain. Deux fois la tuméfaction siégeait dans le cul-de-sac postérieur, comme dans une hématoçèle enkystée.

En résumé, ce qui est frappant dans cette forme

d'inondation péritonéale, et qui mérite, à l'avis de M. Lenormant, son individualisation, c'est :

1) L'absence ou la discrétion extrême du syndrome anémique.

2) L'absence presque générale du signe important de l'inondation, la douleur exquise du Douglas.

3) L'existence d'une tuméfaction annexielle, distincte de l'utérus, constatation exceptionnelle dans l'inondation avec symptômes menaçants.

Il n'est pas curieux dans ces conditions que le diagnostic exact ait été rarement fait: il a été parfois été soupçonné en ce sens que la gestation ectopique a été considérée comme probable, mais jamais la présence de sang libre dans le ventre n'a été affirmée; la meilleure preuve en est qu'aucune malade n'a été opérée d'urgence.

Deux fois on a pensé à une *fausse couche* puis, au bout de quelques jours, devant le développement d'une tuméfaction latéro-utérine, on s'est décidé à faire une laparotomie.

Dans 7 cas où le premier diagnostic n'est pas porté on n'a opéré les malades qu'après un certain laps de temps d'observation (3 jours dans deux cas, 6 jours dans trois cas, 7 jours dans un autre cas, 12 jours dans le dernier cas).

La constatation de la masse annexielle a souvent fait croire à une *salpingite* : c'est ainsi que, chez les malades des observations 44, 76 et 77, on s'est décidé à intervenir en pensant soit à une *salpingite*, soit à

une hématoçèle. Dans le cas 79, on avait aussi soulevé l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire.

Enfin quatre fois, l'erreur de diagnostic a été complète; péritonite tuberculeuse dans l'observation 71 (à cause du syndrome occlusif); appendicite dans les observations 18, 38 et 69. Les trois fois on fit d'abord une incision dans la fosse iliaque droite.

Réciproquement, on pense parfois à une grossesse ectopique, alors qu'il s'agit d'une inondation par autre cause. L'observation suivante, où la cause de l'hémorragie ne fut pas nettement déterminée, en est un bel exemple.

M^{me} J. J., 26 ans.

Entrée le 28 février 1929 pour un syndrome abdominal douloureux datant de six heures.

Douleurs abdominales diffuses.

La température est normale; le pouls rapide.

Il n'y a pas de retard de règles ni pertes, mais au toucher on provoque une douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas.

On pense à une inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique.

Opération le 3 février.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on se porte vers le petit bassin. Les annexes droites sont normales; les gauches ecchymotiques; en basculant l'utérus on se rend compte que l'hémorragie semble provenir de la face postérieure du ligament large.

S'agit-il d'une rupture d'une veine?

On fait l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauches pour faciliter l'hémostase.

En résumé : hémorragie intrapéritonéale libre d'origine non annexielle.

Sort guérie le 25 avril 1929.

Voici encore deux observations d'inondation péritonéale d'origine non gravidique dont le diagnostic clinique n'avait pas été posé. Il s'agit dans les deux cas d'hémorragie d'origine ovarienne.

OBSERVATION I

M^{me} B. B., 25 ans.

Entrée le 3 mars 1930. Douleurs abdominales s'accompagnant de *contracture* de la partie inférieure de la paroi et un peu de fièvre qui cesse rapidement par le repos.

A l'examen : utérus normal; les culs-de-sac libres, mais tumeur annexielle gauche assez haut située.

On pose le diagnostic de *salpingite*.

Opération le 12 mars.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Un peu de sang brunâtre libre dans le ventre. Le sang est plus abondant dans la cavité pelvienne. Aucun enkystement.

On extériorise les annexes gauches. La trompe est parfaitement normale. L'ovaire est remplacé par une poche kystique du volume du poing, à parois blanchâtres assez épaissies, à contenu hématique. Cette tumeur est fissurée.

A droite, trompe et ovaire normaux. On enlève le kyste en conservant la trompe gauche.

Fermeture sans drainage.

Examen histologique :

Il s'agit d'un *kyste folliculaire* fissuré.

Pas de traces de grossesse ectopique.

OBSERVATION II

M^{lle} D. C., 19 ans.

Entrée le 22 février 1931. Début des accidents par douleurs abdominales brusques, siégeant dans la fosse iliaque droite. Etat nauséeux. Ni gaz, ni selles.

Dernières règles le 1^{er} février.

Température à 37°5; pouls à 95.

A la palpation, fosse iliaque droite douloureuse; *contracture* localisée à ce niveau.

On pose le diagnostic d'*appendicite*.

Le toucher est impossible (hymen).

Opération d'urgence.

Incision de Mc Burney. Dès l'incision du péritoine on constate une inondation péritonéale. On attire les annexes droites. Annexeotomie droite. Appendicectomie.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Examen des pièces opératoires :

L'appendice est normal; l'ovaire droit présente une perte de substance de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Guérison.

III. — Les Hématocèles en voie d'enkystement

Ce groupe est un peu moins bien individualisé que le précédent et n'est généralement pas décrit par les auteurs.

Il nous paraît correspondre à ce que Michon et

Ponthus, à Lyon, Burger à Strasbourg, ont décrit sous le nom de rupture secondaire d'une hématocele enkystée. Les lésions observées par ces auteurs étaient, en effet, des hématomes assez bien collectés, avec sang libre et caillots dans la grande cavité péritonéale, comme ce que nous décrivons sous le nom d'hématocèles en voie d'enkystement, et chaque fois le tableau d'hémorragie interne présenté par la malade pouvait s'interpréter par une reprise de l'hémorragie au cours d'une hématocele en voie d'enkystement. Cette explication nous paraît préférable à celle des auteurs précités, comme tenant meilleur compte de ce que nous savons de la physiologie du péritoine.

Ce groupe de cas correspond donc à un stade un peu plus avancé de l'évolution de l'hématone intrapéritonéal. Sur cinq observations dont nous disposons, quatre fois il s'agissait d'une grossesse tubaire gauche, la cinquième a trait à une rupture bilatérale de grossesse tubaire bilatérale (n° 84).

Les lésions salpingiennes sont précisées trois fois : il s'agissait deux fois d'un avortement tubaire ; une seule fois d'une rupture (n° 84). Dans cette dernière observation où la grande crise abdominale datait de trois jours, on a trouvé dans la trompe gauche un fœtus long de 10 centimètres; l'arrêt des règles était d'ailleurs absolu depuis quatre mois.

Il est intéressant de se rendre compte comment a débuté l'enkystement; celui-ci se fait généralement par une réaction intense de la séreuse au contact des caillots, réaction à laquelle participent les organes

mobiles voisins, généralement anse sigmoïde, grand épiploon, accessoirement intestin grêle, cæcum.

C'est ainsi que nous notons :

Obs. 82 : « Les annexes droites sont très adhérentes dans le Douglas qui est rempli par des caillots organisés. »

Obs. 83 : « *L'épiploon* étalé en tablier est adhérent au péritoine vésical, ferme l'excavation pelvienne. »

Obs. 84 : « Tous le pelvis est exclu par l'*épiploon* et le sigmoïde. »

Obs. 85 : « Une anse d'*intestin grêle* est adhérente au fond de l'utérus et cache le Douglas. »

Obs. 86 : « Grosse masse annexielle droite avec des caillots comblant le Douglas et adhérente au *cæcum*. »

Nous retrouverons tout à l'heure, à propos des hématoécèles enkystées, ce travail d'organisation à un stade plus avancé encore.

Comme dans le groupe précédent, la symptomatologie est assez floue. Quatre fois cependant un retard de règles ou des menstruations irrégulières pouvaient donner l'éveil. Dans les cinq observations, il existait des douleurs abdomino-pelviennes datant de quelque temps, mais une seule fois une grande crise douloureuse trois jours auparavant permettait de situer de façon précise le début des accidents. Deux fois seulement une tendance syncopale ou une pâleur accentuée venait ajouter au tableau clinique une note hémorragique.

Dans les quatre observations, trois fois le toucher a permis de sentir une tuméfaction annexielle douloureuse, une fois le Douglas était comblé par une grosse masse rétro-utérine, douloureuse.

Ici, où le tableau se rapproche de celui des hématoécès enkystés, le diagnostic est relativement facile. En fait, on l'a fait trois fois; dans les deux autres cas on avait pensé à une salpingite.

IV. — Hématoécès enkystés

L'hématoécè enkysté est le terme ultime de l'évolution des hémorragies intrapéritonéales d'origine tubaire.

Nous disposons de 28 observations de cette variété (25 non suppurées, 3 suppurées), si bien que nous pouvons dire que cette forme est, après l'inondation péritonéale, le type clinique le plus fréquent (23,5 %). Ce chiffre concorde avec celui de la dernière statistique de M. Lenormant (27 %).

1° ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur nos 28 cas d'hématoécès enkystés, cinq fois la trompe droite était responsable des accidents,

contre 17 fois la trompe gauche. Dans les six dernières observations, il n'a pas été possible de préciser le côté, source de l'hémorragie.

D'après les comptes rendus opératoires, il n'y aurait eu aucun cas de rupture tubaire, tandis que l'existence d'un avortement tubo-péritonéal a été reconnu cinq fois.

En réalité, il ne faut donner à ces chiffres qu'une valeur très relative : quand on opère à ce stade, le travail d'organisation est souvent si intense que les organes sont difficilement reconnaissables, la trompe en particulier.

Plus intéressant est de se rendre compte des limites de l'enkystement.

Le sang épanché peut se collecter derrière l'utérus et réaliser la forme classique de l'*hématocèle* rétro-utérine; à la vérité, d'après l'étude de nos observations, c'est une éventualité qui est loin d'être la règle : sur 26 qui peuvent être utilisées à ce point de vue particulier, 14 fois seulement l'existence d'une tuméfaction du Douglas ou les constatations opératoires nous permettent d'affirmer le siège rétro-utérin de l'épanchement sanguin, soit dans 53 % des cas seulement.

Parmi ces 14 cas, il est spécifié quatre fois que la collection était à la fois rétro et latéro-utérine.

Dans les 12 autres observations, le siège de l'hématocèle était péritubaire, latéro et non rétro-utérin.

Dans nombre d'observations, aucun viscère autre que l'utérus ne participe à l'enkystement et la coque

est uniquement composée de néoformations conjonctives qui enveloppent les caillots : il s'agit des épanchements petits ou de moyenne abondance. Dans la localisation rétro-utérine on connaît ainsi le classique diaphragme de Bernütz, qui isole l'hématocèle des anses intestinales et cloisonne véritablement, le petit bassin.

Dès que le sang épanché est plus abondant et qu'il dépasse le niveau des replis du Douglas ou la loge péri-tubo-ovarienne, les organes mobiles viennent limiter la poche en haut et en avant : l'épiploon, le côlon pelvien, les anses grêles parfois recouvrent l'épanchement, et adhèrent à la vessie, constituant ainsi un véritable toit isolant les caillots de la grande cavité. Nous voyons ce fait signalé huit fois. Enfin, il existe une troisième variété d'hématocèle dans les très gros épanchements perceptibles par la palpation sus-pubienne : le grand tablier épiploïque et le côlon pelvien peuvent venir se mettre au contact du péritoine pariétal antérieur et y adhérer intimement (Obs. 106). Nous n'avons pas trouvé un seul auteur qui mentionne cette particularité.

On sait d'autre part que l'hématocèle peut être *anté-utérine* ; nous ne possédons aucune observation où ce siège ait existé à l'état isolé. Mais dans l'observation 105, il est permis de supposer que l'hématome initial avait bien cette localisation, puisqu'à l'opération on a trouvé une collection de sang et de caillots infiltrant la paroi *abdominale antérieure* ; ce fait, assez curieux, méritait d'être noté.

Nous n'avons pas non plus d'observations de localisations encore plus rares, telles que méso-cœliaque, dans le ligament large, pelvi-pariëto-colique, etc...

Trois fois seulement on a signalé la présence d'un fœtus ou de débris placentaires reconnaissables. On comprend que cette constatation soit assez rare, car une grossesse extra-utérine opérée à ce stade d'hématocèle est déjà en évolution depuis longtemps et l'embryon et ses annexes méconnaissables.

Une fois cependant (Obs. 88) la colpotomie (faite dans un but diagnostique) a permis d'extraire un fœtus vivant.

A la fin de cette étude anatomo-pathologique, nous voulons insister sur la *réaction péritonéale* qui enkyste l'épanchement : la séreuse est toujours rouge sombre, épaisse, tomenteuse ou cartonnée. Il existe souvent une véritable coque formée par le péritoine pariétal ou celui des organes voisins, méconnaissable et adhérent, qu'il serait inutile et toujours dangereux de vouloir extirper. Dans nombre de nos observations, il est mentionné, en effet, que des tentatives d'extraction de la coque ont entraîné la dépéritonisation d'un segment plus ou moins important de l'intestin. Quant aux adhérences épiploïques, on s'en débarrasse facilement par une résection segmentaire du grand épiploon.

Nous voulons aussi attirer l'attention sur les lésions concomitantes du reste de l'appareil génital : utérus et annexes opposées. Que quelques-unes soient antérieures à la grossesse extra-utérine et n'aient rien

à faire avec elle, c'est certain; c'est ainsi que la malade 98 avait un néoplasme du col utérin, que celle de l'observation 96 présentait un kyste de l'ovaire et un petit fibrome pédiculé sur le fond utérin. Il en est probablement de même dans l'observation 103, où il existait du côté opposé un pyosalpynx adhérent.

Mais nombre d'autres lésions ne peuvent pas être ainsi expliquées, et nous n'en voulons pour preuve que le nombre relativement élevé d'hystérectomies faites dans cette série, proportion considérable que nous ne retrouvons pas dans les autres variétés (mises à part les observations d'inondation péritonéale avec symptômes menaçants où il est naturel de faire le minimum).

Les lésions annexielles opposées sont souvent secondaires à l'hémorragie tubaire; la trompe et l'ovaire sont fréquemment fixées par des adhérences, plus ou moins méconnaissables dans le processus de réaction péritonéale voisin (5 fois). Elles sont assez souvent le siège d'un épanchement liquide séreux ou hémorragique (hydrosalpynx : deux observations, hémato-salpynx : une observation). Tout ceci présente un intérêt capital dans le pronostic ultérieur de l'affection.

Signalons enfin que l'*utérus* est généralement augmenté de volume, nous voyons ceci noté plusieurs fois dans nos observations. On sait que Moulounguet a longuement insisté sur la réaction déciduale de la muqueuse utérine et qu'il a préconisé, à cause de cela, le curettage explorateur et l'examen histologique des

débris pour différencier les fausses couches de l'hématocèle d'origine gravidique.

2° CLINIQUE

Le tableau clinique de la gestation ectopique compliquée d'hématocèle est généralement beaucoup moins net que celui des autres formes.

Le diagnostic reste cependant habituellement possible grâce à un interrogatoire minutieux et un examen physique complet.

La notion du *retard de règles* est ici encore de grande importance; nous la trouvons signalée dans 8 observations; le retard variait de quelques jours à deux mois. Mais deux malades (101, 104) ne présentaient aucun retard net; comme dans les inondations péritonéales, ce symptôme n'a pas une valeur absolue.

Il en est autrement des pertes vaginales, plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées qui traduisent *l'irrégularité menstruelle* dont l'existence dans les antécédents est si fréquente; nous les trouvons mentionnées 16 fois.

« Je n'ai jamais vu manquer, dit Lejars, dans l'hématocèle relativement récente jusqu'à trois, quatre ou cinq semaines la perte rouge indicatrice. »

Mais, cependant, l'expulsion de débris de caduque peut faire croire à une hémorragie d'origine abortive. Ceci n'a d'ailleurs pas empêché de faire le diagnostic exact dans l'observation 96.

Les douleurs abdominales, abdomino-pelviennes,

parfois localisées à la fosse iliaque droite (Obs. 96), sont, elles aussi, assez fréquentes (9 fois).

Les syncopes sont naturellement moins souvent retrouvées à l'interrogatoire (2 fois seulement); leur intérêt diagnostique est néanmoins considérable.

Les modifications du pouls sont aussi moins importantes : il ne s'agit pas ici d'une anémie aiguë et l'accélération est peu fréquente. Dans l'observation 94. le pouls battait cependant à 130; on a d'ailleurs cru avoir affaire à une inondation péritonéale, alors que l'épanchement était presque complètement enkysté.

La fièvre fut assez souvent observée et ceci en dehors de toute infection : en sait, en effet, depuis les travaux de Frouin, avec quelle fréquence s'observe l'hyperthermie due à la résorption sanguine; on sait également qu'elle peut être élevée, dépassant 39°. Nous trouvons une élévation de température signalée dans 8 observations (en dehors des hématocèles suppurées). Deux fois cependant (Obs. 97 et 106) la réaction thermique suivit un curettage intempestif, et il paraît logique de l'attribuer dans les deux cas à une infection latente réveillée par le traumatisme utérin. Parfois ce tableau clinique si banal groupe ses symptômes en crises douloureuses avec syncope, pâleur progressive, petites pertes de sang sépia, et ces crises sont alors beaucoup plus caractéristiques : l'une d'elles fut si nette (Obs. 103) que l'on opéra immédiatement, croyant à une inondation, alors que l'intervention révéla une hématocèle enkystée. Une autre malade (Obs. 89) avait eu deux crises semblables

avant d'entrer à l'hôpital. Elles traduisent naturellement des saignements répétés par poussées successives et coexistant avec une augmentation brusque de l'épanchement sanguin. Il faut bien insister sur les caractères de ces crises qui peuvent ne durer que quelques heures et s'accompagner de vomissements et d'une tendance lipothymique.

L'examen de l'abdomen ne donne généralement pas de renseignements : l'épanchement traduisant une énorme collection sanguine ayant dépassé les limites du petit bassin, peut parfois être senti, c'est rare (Obs. 88, 91, 110). Dans l'observation 105 il existait une résistance diffuse de la fosse iliaque droite, il est vrai qu'il s'agissait d'une infiltration sanguine singulière de la paroi abdominale, que nous avons déjà signalée à l'étude anatomo-pathologique. Nous n'avons en particulier jamais constaté *le signe de Nard*. On sait que cet auteur décrit comme symptomatique d'une hématocele une voussure sous-ombilicale unilatérale. Mondor l'a utilisé trois fois en constatant que cette saillie unilatérale le long de l'arcade crurale augmentait malgré le repos et la glace.

C'est par le *toucher vaginal* que se fait généralement le diagnostic d'hématocele.

On connaît la description classique : col mou, élevé, caché derrière la symphyse, fond du corps utérin introuvable ou, au contraire, plaqué immédiatement contre la paroi abdominale antérieure; enfin et surtout, énorme empâtement du cul-de-sac postérieur, à limites diffuses, étalé latéralement « en cœur de

carte à jouer », de consistance variable, cartonnée, élastique, parfois parfaitement fluctuante.

Cette vieille conception de l'hématocèle, due surtout à A. Nélaton, mérite d'être de nos jours considérablement élargie : il existe des épanchements sanguins bien collectés qui n'ont ni le siège, ni les caractères que nous avons donnés plus haut.

A la vérité, on peut décrire avant tout, deux types différents suivant le siège de la tuméfaction, l'un péritubaire, latéro-utérin pur, forme salpingienne de la maladie, l'autre rétro-utérin, du Douglas, dont nous décrirons quelques variétés.

Le premier type comprend les malades chez qui on trouve une petite masse, peu mobile, douloureuse, unilatérale, siégeant dans un cul-de-sac latéral, très généralement collée à l'utérus, et que seul un sillon permet de localiser aux annexes : c'est, en somme, la même tumeur qu'un hématosalpinx, mais plus grosse, moins mobile, la même tuméfaction qu'une salpingite, mais celle-ci est très rarement strictement unilatérale.

« La masse formée par les caillots qui entourent la trompe, elle-même plus ou moins distendue par le sang, donne au palper bimanuel des sensations qui ressemblent à celle d'une ovaro-salpingite, et ce n'est que d'après ces caractères que l'on peut reconnaître que la masse perçue est faite de caillots intra et péritubaires. »

Nous avons dans notre statistique 8 observations analogues, où l'hématocèle était uniquement péritubaire et se traduisait par une tuméfaction latéro-

utérine. Dans l'observation 9, la tumeur était bilatérale, mais l'intervention permit de reconnaître l'existence, du côté opposé à la grossesse tubaire, d'un kyste de l'ovaire. Le diagnostic exact fut posé par l'augmentation brusque par deux fois de la tuméfaction d'un côté.

Le deuxième type d'hématocèle est l'hématome enkysté du Douglas. Il est exceptionnellement médian, quand il est de petites dimensions, et Lapointe l'explique ainsi : « Le sang déborde en dehors du Douglas, principalement du côté de la trompe qui saigne. L'hématome n'est pas franchement médian, et c'est dans son prolongement latéral, autour des annexes, qu'on trouve le sang fraîchement extravasé et les caillots récents, au-dessus des caillots plus anciens tombés sur le Douglas. » Quand l'épanchement est plus gros, il vient remplir tout le bassin et même en en débordant, se mettre en contact de la paroi abdominale antérieure.

Nous croyons donc que l'on peut distinguer, parmi les hématocèles rétro-utérines, plusieurs formes cliniques.

Suivant l'abondance de la collection ce seront :

- 1) l'épanchement du Douglas seul ;
- 2) l'hématocèle rétro et latéro-utérine ;
- 3) la collection remplissant tout le bassin ;
- 4) l'hématome abdomino-pelvien.

Nous avons rangé nos observations d'après cette classification et nous avons trouvé ainsi :

3 cas de la 1^{re} catégorie ;

4 » 2^e »

6 » 3^e »

3 » 4^e »

Une fois, la constatation d'une douleur exquise du Douglas, sans tuméfaction, fit croire à une inondation (Obs. 103). Deux fois (malades très grasses) le toucher ne donna aucun renseignement.

Nous pouvons donc indiquer ici les résultats du toucher de nos observations d'hématocèle en indiquant les pourcentages.

Renseignements du Toucher

TUMEUR LATÉRO- UTÉRINE	TUMEUR RÉTRO-UTÉRINE				DOULEUR ISOLÉE du DOUGLAS	AUCUN RENSEI- GNE- MENT
	isolée	rétro et latéra utérine	remplissant le bassin	débordant pelvis		
8	3	4	6	3	1	2
soit 29 o/o		16 soit 58 o/o				

3^e DIAGNOSTIC

Le diagnostic exact fut posé 11 fois avant l'opération, c'est-à-dire dans presque la moitié des cas.

L'erreur la plus fréquemment commise fut de croire à une salpingite : quatre fois ; deux fois, le diagnostic était resté hésitant au moment même de l'intervention entre hématocèle et salpingite.

Deux fois seulement, on crut avoir affaire à une *fausse-couche*, ce qui conduisit à un curettage (Ob-

serv. 97 et 110). Celui-ci fut d'ailleurs nuisible les deux fois, puisqu'il entraîna chaque fois une poussée inflammatoire.

Une fois, on fit le diagnostic de *fibrome* et *annexite* (n°106). Une autre fois, le diagnostic d'*appendicite* (109); une autre fois le médecin traitant envoya la malade à l'hôpital pour une *métrite hémorragique*, mais l'erreur fut rectifiée sur la constatation d'une tumeur dans le cul-de-sac gauche. Enfin, la malade de l'observation 105, qui présentait un hématome intrapéritonéal, fut opérée avec un diagnostic douteux, alors qu'on avait pensé à un phlegmon du ligament large ou à un kyste de l'ovaire tordu ou infecté.

Signalons aussi que la malade n° 98 fut opérée pour un néoplasme du col utérin et que l'hématocèle, complètement latente, fût une découverte d'intervention.

Il est à remarquer en dernier lieu que deux malades, qui présentaient un syndrome atténué d'hémorragie interne (Obs. 103, 94), furent opérées d'urgence avec le diagnostic d'inondation péritonéale.

On voit donc, en résumé, que les grosses erreurs de diagnostic furent la salpingite et la fausse-couche. Y a-t-il des examens qui permettraient de diminuer les chances d'erreur ?

On sait que de nombreux auteurs ont proposé l'*examen du sang* qui ferait éliminer la salpingite. Lecène, Mondor l'ont utilisé : la leucocytose élevée étant en faveur de la lésion suppurée. En réalité, les réponses sont très incertaines. D'après Lilian Far-

rar, la leucocytose augmenterait en proportion du sang frais épanché, puis diminuerait rapidement. Il s'ensuit que l'on pourrait dire : Grossesse extra-utérine = température modérée et leucocytose, oscillante, tandis que salpingite aiguë suppurée = température oscillante et leucocytose uniformément élevée. Enfin une leucocytose progressivement croissante indiquerait la continuation du saignement.

Dans les cas d'une grosse tuméfaction du Douglas, de nombreux auteurs ont indiqué l'intérêt de la *punction du cul-de-sac postérieur* : il faut la faire, dès qu'un doute existe.

Elle a l'avantage considérable de donner une réponse instantanée. Si on retire du sang, il convient naturellement de faire la laparotomie immédiate, le trocart vaginal ayant pu infecter l'hématome.

Il est enfin un signe clinique qui, pour Mériel, serait de la plus haute importance : la présence d'un subictère serait en faveur de l'hématocèle.

Quand on hésite entre fausse-couche et hématocèle, Gernez et Moulonguet ont proposé le *curettage explorateur*; les débris utérins examinés au microscope montrent une réaction déciduale de la muqueuse à l'exclusion de tout élément embryonnaire. On a eu recours à cet examen dans une observation (108) et il a permis d'affirmer la réalité de la grossesse extra-utérine.

Une fois le diagnostic d'hématocèle assuré, il est encore un autre problème qu'il faut résoudre et qui est d'importance au point de vue thérapeutique : est-

elle suppurée ou non ? On conçoit en effet les désastres qui peuvent survenir si l'on opère dans un hématome infecté, non refroidi, par voie haute, voie qui expose naturellement aux inoculations péritonéales et à la mort.

Les signes cliniques sont souvent insuffisants ; nous avons déjà signalé l'existence fréquente de fièvre, parfois élevée, sans infection aucune. La consistance de la masse rétro-utérine ne peut pas non plus servir ; une collection liquide pouvant fort bien être de liquide séreux ou sanglant, non infecté. Ici, la colpotomie, ou au moins, la ponction du Douglas, peuvent rendre de grands services, mais à la condition, si le liquide retiré n'est pas purulent, de les faire suivre immédiatement de la laparotomie. C'est ce que l'on fait dans l'observation 88.

4° DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE

Nous groupons ici quelques observations où l'erreur de diagnostic fut inverse, c'est-à-dire que l'on crut à une grossesse extra-utérine et où l'intervention montra l'existence d'une autre lésion.

Deux observations, et le fait est intéressant à constater, concernaient des *kystes dermoïdes*. Les voici résumées :

1^{re} OBSERVATION

M^{me} B. M. L., 21 ans. Entre le 16 août 1928 pour des pertes sanglantes, après un retard de règles de deux mois.

Phénomènes vertigineux. Petites douleurs. Au toucher, on constate une augmentation de volume du corps utérin; le col est ramolli. Masse perceptible dans le Douglas. On pense à une grossesse ectopique.

Opération le 18 août. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de sang dans le ventre. On trouve un kyste dermoïde à droite, gros comme un œuf. Ablation de l'ovaire. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Guérison.

2° OBSERVATION

M^{me} B..., Vve L..., 37 ans.

Entre le 13 janvier 1929. Douleurs abdominales s'accompagnant d'un peu de fièvre (38°).

A l'examen, on constate une tumeur résistante occupant le cul-de-sac de Douglas et paraissant indépendante de l'utérus.

A un second examen *la tumeur paraît moins dure et on pense à une hématocele.*

Opération le 20 janvier.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Aucune adhérence de l'épiploon ni de l'intestin. On trouve un utérus augmenté de volume, mais normal d'aspect, et à droite des annexes entourées d'adhérences fibreuses que l'on détache.

A gauche, il existe un *kyste dermoïde* du volume d'une grenade, prolabé dans le Douglas. Il est fixé par des adhérences que l'on détache. Ablation du kyste et fermeture de la paroi en trois plans aux catguts et aux crins.

Examen de la pièce opératoire :

Il s'agit bien d'un kyste dermoïde renfermant des cheveux et une dent.

L'observation 73, que nous publions ailleurs, est un bel exemple de diagnostic erroné avec un *pyosalpynx*; cette malade, revenant 18 mois après une inondation péritonéale, fut réopérée avec un diagnostic de grossesse ectopique itérative, elle avait en réalité un faux kyste séreux recouvrant un *pyosalpynx*.

Même pièces en main il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'une grossesse tubaire ou d'une salpingite.

L'observation suivante en est un exemple :

M^{me} M..., Vve W..., 29 ans.

Malade envoyée dans le service avec le diagnostic de fausse couche le 4 mars 1927.

Pertes rouges, température à 38°. Examen difficile parce que la malade est très grasse et se contracte.

Les culs-de-sac sont libres, mais on sent un peu à gauche de la ligne médiane une masse profonde et volumineuse qui paraît arrondie et résistante. Le repos ne modifie pas les symptômes et la température monte légèrement.

Etat général très bon. On pense à un petit kyste de l'ovaire tordu ou infecté.

Opération le 10 mars.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale, paroi très grasse. L'épiploon enflammé et épaissi adhère aux parois et aux viscères et masque complètement le champ. On détache l'épiploon et il vient à ce moment un peu de liquide trouble et quelques petits caillots. On trouve un colon pelvien très épaissi et cartonné, adhérent à la vessie et qu'on libère peu à peu. On arrive ainsi sur l'utérus et les annexes; il n'y a pas de grandes collections ni hématiques si suppurées.

L'utérus et la trompe droite sont sains; à gauche on libère la trompe, longue, flexueuse, qui adhère au colon. Cette trompe est enflammée et paraît perforée dans sa portion isthmique. Il est impossible de distinguer s'il s'agit d'une *grossesse tubaire* ou d'une *salpingite*.

Ablation de la trompe malade.

On place un drain dans le Douglas sortant par l'angle inférieur de l'incision abdominale sort guérie.

Une torsion de la trompe a pu faire croire à tort à une grossesse extra-utérine;

OBSERVATION

C. L. M., 28 ans. Entrée le 7 juillet 1930. Malade souffrant du ventre depuis plusieurs années, mais n'ayant jamais eu de crises douloureuses très violentes ni de troubles menstruels importants. A été opérée d'appendicite. A l'examen, rétroversion fixée, douloureuse, empatement du cul-de-sac de Douglas. Tumeur annexielle gauche.

Opération le 9 juillet. Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences intestinales ou épiploïques; la trompe droite allongée et fixée plonge dans le fond du petit bassin, où elle adhère assez fortement. On la libère, son pavillon paraît normal. A gauche, tumeur de la forme et du volume d'une petite poire, manifestement hématique, tordue sur son pédicule de deux ou trois tours serrés. En examinant attentivement, on constate que l'ovaire est intact. L'organe tordu est la trompe remplie de sang et de caillots, et il y a niveau de la torsion une amputation spontanée de la trompe, le segment juxta-utérin de celle-ci se présentant comme un petit moignon de 1 cm. environ. Ablation de la trompe, Fixation des ligaments ronds à la paroi abdo-

minale par du catgut chromé. Suture de la paroi au catgut et aux crins.

Suites opératoires sans incidents.

Sort le 26 juillet.

Enfin, nous donnons en dernier lieu cette observation tout à fait curieuse et rare *d'un endométrrome de la paroi tubaire* où l'existence de kystes à contenu hématique avaient fait penser, d'après leur aspect macroscopique, à une ancienne hématoçèle.

OBSERVATION

M^{me} J. M., 35 ans. Entrée le 6 mars 1930. Douleurs abdomino-pelviennes s'accompagnant de fièvres et de métrorragies. Examen difficile. On sent de très volumineuses masses annexielles, mais l'utérus aussi est un peu volumineux et on pense à un fibrome avec salpingite.

Opération le 26 mai 1930.

Rachianesthésie. Malade très grasse. Incision médiane sous-ombilicale. Péritoine libre. L'épiploon relevé, on voit une grosse tumeur annexielle gauche que surmonte le fond de l'utérus, lequel présente lui-même un fibrome gros comme une orange. Cette tumeur est kystique avec une paroi blanchâtre épaisse. Quelques adhérences au colon pelvien sont facilement libérées. On ponctionne cette tumeur et on retire un liquide *noir, épais, certainement hématique*. On constate alors qu'il y a dans le fond du bassin, derrière l'utérus, une seconde poche kystique correspondant aux annexes droites; elle se crève pendant la libération et il en sort le même liquide noir en grande quantité.

On libère peu à peu ces deux poches difficilement et sans pouvoir se rendre compte nettement *s'il s'agit d'un*

kyste dégénéré ou d'une ancienne hématocele. On pédiculise et on enlève successivement la poche gauche puis la poche droite.

On pratique ensuite une hystérectomie supravaginale. La section passe au niveau d'un fibrome de la paroi postérieure du col; on énuclée celui-ci et on enlève en même temps le col. La cavité restante est capitonnée par quelques points de catgut.

On met un drain et deux mèches dans le vagin et par-dessus on réunit par un surjet le colon pelvien et le péritoine vésical.

Fermeture de la paroi.

Examen histologique :

Endométrione de la paroi tubaire. Les kystes à contenu goudron ne contiennent pas dans leur paroi de tissu endométrial.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT

« Le traitement des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire constitue l'un des plus beaux chapitres de la gynécologie opératoire. »

(LENORMANT.)

Si la première intervention pour grossesse extra-utérine paraît avoir été faite à la fin du xvii^e siècle par Cyprianus, professeur à l'Université Frisone de Franeker, la vulgarisation de la laparotomie ne date que des travaux de Lawson Tait qui s'étagent entre 1855 et 1888. Cependant, comme le dit Cestan, « toute tentative opératoire était alors tuée d'avance par la crainte du péritoine et l'incertitude de la technique ». Il a fallu l'asepsie, qui a rendu la laparotomie bénigne, pour que le traitement chirurgical de la grossesse tubaire acquière droit de cité.

Nous envisagerons le traitement des accidents de la gestation ectopique en deux chapitres distincts :

Dans le premier, nous étudierons la thérapeutique de *l'inondation péritonéale* avec symptômes menaçants, où l'indication opératoire est surtout faite de signes généraux graves, où l'intervention est toujours exécutée d'urgence. Dans le second, nous aurons en vue le traitement de *toutes les autres formes*, où le problème thérapeutique est différent et surtout étayé par la constatation de signes physiques.

I. — Inondation péritonéale avec symptômes menaçants

Lawson Tait écrivait en 1886 : « Dans la majorité des cas la rupture est mortelle et je suis convaincu qu'il n'est pas un gynécologue ayant quelque expérience qui n'en ait vu plusieurs cas. » Aussi, à sa suite, a-t-on considéré que la laparotomie devrait être immédiate en présence de ces accidents graves et la question parut jugée pendant une assez longue période.

Cependant, sous l'influence de certains chirurgiens lyonnais, particulièrement Albertin et Desgouttes, et de divers auteurs étrangers, quelques chirurgiens revinrent à la temporisation. Ils se basaient sur le fait que certaines malades pouvaient guérir et que d'autres présentaient un état de choc tel que toute

intervention devenait dangereuse. En réalité, nous avons déjà vu dans un chapitre précédent que cette question du choc péritonéal n'était nullement résolue et que, dans le doute, il valait mieux intervenir de suite. D'ailleurs, la clinique nous montre que s'il exige très fréquemment des accalmies dans le tableau d'anémie aiguë, celles-ci sont toujours de courte durée et il est exceptionnel de les voir se confirmer. De plus, les constatations opératoires montrent que très souvent les ruptures vasculaires jouent un rôle plus important que les déchirures placentaires, ruptures qui n'ont aucune tendance à l'hémostase spontanée.

Nous pouvons donc dire que la règle de l'intervention immédiate doit être formelle. Toutes les malades de cette série ont été traitées de cette façon.

Anesthésie. — Dans la statistique que nous rapportons on a utilisé 14 fois l'éther, 1 fois le chloroforme et 5 fois la rachianesthésie. On voit donc que l'éther a été beaucoup plus souvent employé que les autres modes d'anesthésie. La rachianesthésie d'ailleurs, paraît particulièrement contr'indiquée. D'après le rapport récent de Forgue et Basset, en effet, cette anesthésie entraîne toujours une certaine hypotension artérielle qui ne peut *a priori* qu'être préjudiciable chez des malades en état d'anémie aiguë. Cependant, dans nos cinq cas, il n'a été signalé aucun inconvénient et en particulier, aucune mort n'est imputable à cette pratique.

La laparotomie. — Il est bien évident que chez ces malades graves, la rapidité de l'acte opératoire entre

pour une large part dans le succès final. Proust a préconisé de faire l'incision pariétale sur la malade en position horizontale et de s'abstenir de la position de Trendelenburg, dont l'inconvénient serait de répandre l'épanchement jusqu'au contact du diaphragme, ce qui pourrait entraîner des accidents infectieux ou des adhérences ultérieures. En réalité, l'incision en position horizontale présente le très gros inconvénient de compliquer parfois considérablement l'acte opératoire. Les anses intestinales viennent cacher le petit bassin, elles sont difficiles à refouler, et les manœuvres intra-pelviennes sont rendues délicates.

De plus, la position de Trendelenburg présente l'avantage d'augmenter l'irrigation des centres nerveux : on sait, en effet, que la tête basse est une position préconisée généralement dans les états hémorragiques. Avantages et inconvénients de part et d'autre : la question est par conséquent de peu d'importance. Cependant, pour satisfaire chacun, il est commode d'inciser la paroi en position horizontale, d'aller immédiatement à la recherche de la tumeur tubaire en introduisant la main dans le pelvis sans rien voir. Puis, la lésion découverte, ou si, *a fortiori*, elle n'a pas été perçue immédiatement, il faut mettre la malade en position de Trendelenburg et terminer ainsi l'opération. Proust recommande aussi au chirurgien de se méfier de l'ouverture du péritoine. Il est évident qu'à ce moment le sang épanché est sous une certaine tension qui doit ralentir le cours de

l'hémorragie : à l'ouverture de la séreuse, la tension cesse et l'hémorragie redouble. Une malade qui était à ce moment à la limite de sa résistance risque d'avoir une syncope définitive. Il convient donc, dès l'ouverture de la paroi, de faire au plus vite la recherche de la trompe lésée. Il sera commode, une fois celle-ci trouvée, de pincer son pédicule avec les doigts pendant les manœuvres de mise de la valve, de refoulement des anses intestinales et d'assèchement avant de mettre les champs définitifs.

Suites de l'opération. — Certains auteurs ont recommandé dans les cas, rares d'ailleurs dans cette forme, d'avortements tubaires, d'ouvrir simplement la trompe, de la vider de son contenu et de la refermer. Nous croyons que tout le monde est d'accord actuellement pour prescrire complètement cette technique qui ne met pas à l'abri d'une reprise de l'hémorragie. Il faut au moins enlever la trompe malade. C'est ce qui a été fait dans 50 de nos observations. Il convient de s'efforcer de conserver l'ovaire si la chose est possible et si celui-ci est parfaitement sain. On a pu le faire chez certaines de nos malades, mais, bien souvent, cela est difficile ; l'ovaire et le sac fœtal se séparent mal, l'hémostase est plus délicate. Il faut d'ailleurs aller vite et peu importe en somme la conservation d'un ovaire.

Nous noterons que dans l'observation 50, il s'agissait d'une récurrence. Devant l'état grave de la malade, on a fait une salpingectomie du second côté, laissant ainsi l'utérus et un ovaire.

Les incidents opératoires ont été rares. Une fois, il a fallu réséquer un segment d'épiploon. Une fois, on a fait une éraflure sur le sigmoïde. Une autre fois (Obs. 42) il est signalé que la ligature a été difficile au niveau de la corne utérine.

Dans l'observation 58, le compte rendu signale que le pédicule utéro-ovarien a dérapé sous la pince et qu'on a eu beaucoup de peine à en faire l'hémostase.

Dans l'observation 17, la trompe était éclatée au niveau de son insertion sur la corne utérine et on a été obligé de faire une résection cunéiforme de l'implantation tubaire. On sait que celle-ci a été préconisée par certains auteurs pour éviter la récurrence de grossesse ectopique dans le moignon laissé en place. Ceci n'a jamais été fait dans le service du Professeur Lenormant. Nous discuterons d'ailleurs son bien-fondé plus tard, au chapitre des récurrences.

Cinq fois, on a été conduit à faire une hystérectomie. Trois des malades étaient opérées pour une récurrence (Obs. 22 *bis*, 36 *bis* et 32). Une fois (Obs. 62), l'hystérectomie fut faite parce que les annexes opposées présentaient un certain degré de salpingite. Enfin, dans l'observation 59, l'hystérectomie fut nécessitée par une faute opératoire. Il existait du côté opposé à la trompe gravide un hématosalpinx que l'on prit trop hâtivement pour la source de l'hémorragie et la pose d'une pince sur son pédicule utéro-ovarien obligea à l'exérèse complète de l'appareil génital.

A priori, nous ne pouvons rien conclure de ces chiffres. Il est évident que quand il existe des an-

nexes opposées saines, la salpingectomie avec ou sans castration est l'opération logique. Quand les annexes opposées, au contraire, sont absentes ou malades, il faut à notre avis distinguer les cas. Si l'état de la femme est très grave, on peut se contenter d'une double annexectomie en conservant l'utérus et, si la chose est facilement réalisable, un ovaire. C'est seulement si l'état général n'est pas trop alarmant que l'on pourra être autorisé à faire une hystérectomie.

Dans la série que nous rapportons on s'est toujours borné à débarrasser sommairement la cavité péritonéale de l'épanchement sanguin. On sait que certains auteurs ont prétendu que cette pratique exposait à des accidents d'occlusion intestinale, de péritonite ou d'adhérences. En réalité, nous n'en avons aucun exemple. Un reproche plus fondé nous paraît être celui de laisser persister un hématome résiduel. M. Lenormant a déjà publié deux observations où un tel accident nécessita une colpotomie. Nous-même possédons l'observation 10 dans laquelle on dut réintervenir trois semaines après la salpingectomie : la malade avait de la fièvre et présentait les signes d'une collection rétro-utérine. On lui fit une colpotomie qui évacua quelques caillots et amena rapidement la guérison.

Il convient donc de bien assécher le péritoine et pour ce faire, il faut toujours avoir soin de remettre la malade horizontale, avant la fermeture du péritoine. On peut ainsi évacuer des caillots et du sang liquide auparavant cachés dans les anses intestinales.

Mondor a même pu ainsi récupérer un embryon qui s'était perdu sous la coupole diaphragmatique.

Drainage. — Certains auteurs insistent sur le fait qu'il n'est pas possible de réaliser d'une manière complète l'assèchement de la cavité péritonéale. Aussi préconisent-ils de drainer systématiquement par la partie basse de l'incision abdominale et de conserver ce drainage deux ou trois jours. Bonamy, Pierre Duval en sont partisans. En réalité, M. Lenormant et ses assistants ont drainé très rarement; il a insisté sur l'inutilité et même les inconvénients du drainage. Nous ne trouvons que quatre observations où un drain a été placé. Dans l'observation 42, on laisse un drain dans le Douglas, car l'hémostase avait été pénible. L'état était d'ailleurs très grave et la malade mourut.

La malade de l'observation 55 avait eu la sigmoïde éraflé par une aiguille. Le drainage fut alors une simple précaution contre l'infection possible.

L'observation 58 est celle où il est noté un accident au niveau du pédicule utéro-ovarien et l'on mit une mèche et un drain contre celui-ci dans la tranche du ligament large. Dans l'observation 61, où l'on fit une hystérectomie à cause d'une salpingite opposée à la grossesse tubaire, on mit un drain vaginal.

En résumé, le drainage fut fait deux fois contre une nouvelle hémorragie possible et deux fois en prévision d'une infection.

Vingt-quatre fois on ferma la paroi aux catguts et aux crins comme dans toute laparotomie; dix fois.

l'état de la malade était si grave qu'on ferma le ventre en un plan aux fils de bronze.

On a souvent employé au cours des heures qui suivent l'opération les injections intraveineuses de *sérum physiologique*. Elles ont paru avoir chaque fois un effet bienfaisant. Malheureusement, comme l'a écrit Miginiac : « Les effets obtenus sont temporaires, on pourrait même dire horaires. »

On n'a jamais fait de *transfusion sanguine* : c'est cependant ces cas d'anémie aiguë qui constituent la meilleure indication de cette méthode. Aucun opérateur n'a non plus employé le *sérum de Normet* ; il serait certainement à essayer dans les inondations péritonéales, car on sait que Cunéo a rapporté des résultats expérimentaux fort intéressants en 1929 à la Société de Chirurgie dans les cas où le sérum physiologique n'est plus suffisamment actif.

La réinjection du sang épanché faite par les Allemands est à rejeter.

II. — Autres formes, Inondation péritonéale avec symptômes menaçants exceptée

Pour les raisons que nous avons données plus haut, nous groupons ensemble les hématosalpynges, les inondations péritonéales libres sans accidents menaçants,

les hématoécèles en voie d'enkystement et les hématoécèles enkystées. Cela nous fait un total de 61 observations. Dans ces formes l'indication opératoire n'est jamais immédiate. On a toujours le temps d'examiner plusieurs fois la malade et de faire au besoin quelques examens spéciaux. Cependant, le problème thérapeutique n'est pas identique dans tous les cas. Parfois l'hémorragie est discrète, localisée à la trompe ou à son voisinage (hématosalpynx, hématoécèle péritubaire). Parfois aussi, aucune tuméfaction annexielle n'est perçue et on opère alors généralement avec le diagnostic d'appendicite, ce qui conduit à faire une incision dans la fosse iliaque droite.

Quoi qu'il en soit, il est légitime d'étudier ensemble le traitement de toutes ces formes, car il est évident qu'on ne peut songer à les aborder que par laparotomie.

Dans un autre ordre de faits, l'indication opératoire peut être fournie par la constatation d'une tuméfaction rétro-utérine ou en tous cas prédominant dans le Douglas. Ici il nous faudra discuter si cette tuméfaction doit être abordée par colpotomie ou par laparotomie.

Enfin un problème très spécial est posé par les hématoécèles suppurées dont nous étudierons en dernier lieu le traitement.

Toutefois, avant d'entrer dans l'analyse détaillée de ces thérapeutiques, il nous faut dire un mot de certaines notions d'ordre général, applicables dans tous les cas.

Anesthésie. — Sur 43 observations qui peuvent être utilisées à ce sujet nous notons que 30 fois, soit dans la grande majorité des cas, on a employé la rachianesthésie; 8 fois la malade a été endormie à l'éther; 2 fois au mélange de Schleich et une fois au chloroforme.

Deux colpotomies furent enfin faites sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

On conçoit que la rachianesthésie ne soit nullement contre-indiquée dans tous ces cas.

En effet, il ne s'agit pas comme dans le premier groupe d'observations, de malades choquées à tension artérielle basse où cette méthode pouvait être nuisible. Quant à tirer, de cette statistique, la conclusion que c'est l'anesthésie de choix, nous nous en garderons bien. Si, dans la série que nous rapportons, on a surtout employé la rachianesthésie, c'est parce que M. Lenormant a l'habitude de s'en servir pour les laparotomies gynécologiques, voilà tout. Il en résulte que nous ne conseillons aucun mode spécial de narcose, celle-ci dépendra uniquement des préférences de chacun.

Position. — La position à donner à la malade au cours d'une laparotomie pour ces accidents est évidemment indifférente et la position en déclive de Trendelenburg garde ici tous ses avantages. Signalons cependant que dans les cas où il existe une certaine quantité de sang libre dans la cavité péritonéale, les objections que nous avons faites au chapitre précédent sont valables et nous y renvoyons le lecteur.

A) TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS TUBAIRES
ET PÉRITUBAIRES

La laparotomie doit être faite évidemment dès que la gestation ectopique a été reconnue ou même soupçonnée; on n'est en effet jamais sûr du lendemain et telle grossesse tubaire en apparence bénigne peut se compliquer brutalement d'accidents graves.

Il est superflu d'ajouter que l'indication devient absolument impérieuse si la malade a déjà présenté des signes d'hémorragie intermittente tels que, crises douloureuses nettes, pâleur progressive.

« Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » (Pinard.)
« Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain. Elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante et ce sont là des risques que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir. » (J.-L. Faure.)

Naturellement, il ne peut être question d'aborder les lésions que par laparotomie. C'est ce que l'on a fait dans les 43 observations que nous pouvons utiliser.

Si le diagnostic de grossesse ectopique est probable, on sera conduit à réaliser la laparotomie par incision médiane sous-ombilicale qui est évidemment la voie d'abord de choix. Cependant il peut arriver qu'on commence l'intervention avec un diagnostic franchement erroné. En particulier le diagnostic

d'appendicite est intéressant à discuter, car il conduit à l'incision dans la fosse iliaque droite. C'est ce qui est arrivé dans 4 observations (n^{os} 18-38-69-109).

Comme habituellement c'est à cause de la localisation à droite de la grossesse ectopique que l'erreur de diagnostic a pu être faite, il est souvent possible, la lésion une fois reconnue, d'enlever la trompe malade par cette incision du flanc droit plus ou moins prolongée vers le bas. C'est ce qui fut fait dans les observations 18 et 109.

Cette technique n'est pourtant pas à l'abri de toute critique. Elle ne permet en rien la vérification des annexes gauches ni même de l'utérus lui-même. On risque ainsi de laisser passer une grossesse ectopique de l'autre côté, une salpingite, un petit kyste de l'ovaire, voire même un petit fibrome pédiculé, toutes lésions qu'il y aurait eu intérêt à traiter. De plus, il est difficile par cette incision latérale de faire une toilette correcte du Douglas. Qui plus est, si la tumeur annexielle est peu mobile, l'hémostase peut être délicate. Il n'est donc pas possible de recommander ce procédé.

En fait, dans l'observation 18, l'incision de Mac Burney a permis une opération correcte et rien d'anormal au cours de l'intervention ou dans les suites n'est signalé dans le compte rendu. Mais il n'en est pas de même dans l'observation 109. Le protocole porte en effet : « Hémostase difficile parce qu'on utilise l'incision de Mac Burney et que l'utérus ne vient pas. Mèches dans le petit bassin contre le bord droit de

l'utérus. » L'emploi d'un tamponnement pour assurer l'hémostase a eu des inconvénients sérieux dans les suites opératoires : une fois la mèche enlevée, une hémorragie secondaire abondante s'est produite et a persisté trois semaines malgré un tamponnement serré, et deux mois après il a fallu réintervenir pour enlever une compresse qui avait été égarée dans l'abdomen au cours de ces multiples manœuvres. Il existait un gros hématosalpynx gauche qui a nécessité une castration gauche; de plus, l'S iliaque qui adhéraient fortement à la compresse, avait été dépéritonisée sur une longueur de 4 cm., une anse grêle avait été, elle aussi, dépouillée de sa séreuse et la suture de péritonisation du grêle rétrécit tellement son calibre qu'il fallut faire une anastomose latéro-latérale de dérivation. La malade finit par guérir, mais il est évident que ces multiples accidents sont à inscrire au passif de la méthode.

Les deux autres malades ont été traitées différemment. Les deux fois, après avoir constaté l'épanchement sanguin, on referme l'incision latérale et on fit séance tenante une laparotomie médiane sous-ombilicale. Dans l'observation 69, celle-ci permit de constater l'existence d'un hématosalpynx gauche outre la grossesse tubaire droite, et de pratiquer une double castration.

Il résulte de ce qu'il précède que nous sommes obligés de rejeter formellement l'extirpation d'une trompe droite gravide par l'incision de Mac Burney. Il convient donc, dès qu'on s'est aperçu que l'appen-

dice n'est pas en cause, de refermer l'incision iliaque droite pour faire une laparotomie médiane sous-ombilicale qui, seule, permet de traiter correctement la tumeur annexielle et les lésions coéxistantes.

Le ventre une fois ouvert, il faut d'abord et avant tout faire le bilan exact des lésions. On se rappellera que parfois la tumeur annexielle peut être très petite, le saignement discret, et qu'il est parfois difficile de reconnaître la trompe qui saigne. Nous avons déjà signalé ce fait à propos de l'observation 59 où une interprétation inexacte du côté atteint conduisit à une hystérectomie.

Lecène, Mondor rapportent des cas encore plus préjudiciables à l'opérée, puisqu'une telle erreur entraîna la mort par continuation de l'hémorragie.

La trompe malade reconnue, on peut se comporter différemment. Certains auteurs, en présence d'un hématosalpynx non rompu ni fissuré, ont préconisé la *salpingotomie* avec nettoyage de la cavité tubaire et fermeture de la trompe. Ce n'est évidemment pas une technique prudente. Patel rapporte en effet l'histoire d'une femme chez qui on abandonna ainsi une trompe après salpingotomie et qui fit une grossesse extra-utérine itérative. Aucune des malades de notre série n'a été traitée ainsi.

Sur nos 43 observations d'hématomes tubaires ou péritubaires, on a pratiqué 32 fois la *salpingectomie* avec ou sans ablation de l'ovaire correspondante, dix fois l'*hystérectomie*. Quant à l'observation 105, le compte rendu opératoire mentionne que l'on n'a pu

rien extirper du tout et que la poche saigna tellement qu'il fut nécessaire, pour maîtriser l'hémorragie, de recourir à un tamponnement serré et à deux pinces laissées à demeure.

Parmi les salpingectomies, les unes furent uniquement unilatérales (27 cas), quelques autres furent bilatérales (5 cas). En fait, cette dernière intervention s'adresse aux cas où les annexes sont reconnues pathologiques des deux côtés et est en somme à discuter avec l'hystérectomie. Nous étudierons donc successivement la salpingectomie unilatérale, puis ensemble la salpingectomie bilatérale et l'hystérectomie.

a) *La salpingectomie unilatérale.* — Nous avons peu de chose à signaler au sujet de cette technique. Généralement l'opération est aisée, la conservation de l'ovaire peut être intéressante à la condition que celle-ci soit possible et qu'en particulier l'ovaire ait un méso long. Il est évident que la section de la trompe doit être faite au ras de l'utérus pour éviter autant que possible de laisser en place un diverticule tubaire dans lequel une grossesse itérative pourrait se développer. Faut-il aller plus loin et faire comme quelques-uns l'ont préconisé, une résection cunéiforme de la corne utérine ? Ceci sera discuté au chapitre des récidives; en fait, disons tout de suite que les avantages qu'elle présente ne nous paraissent pas contre-balancer ses difficultés techniques.

Les 27 cas que nous rapportons de salpingectomie unilatérale ont tous été traités suivant les principes énoncés ci-dessus.

b) *Salpingectomie bilatérale et hystérectomie.* —

Il est *a priori* difficile de préciser dans chaque cas particulier, en supposant les annexes malades des deux côtés, s'il convient de faire la salpingectomie bilatérale ou l'hystérectomie. Chaque méthode a d'ailleurs ses avantages et ses inconvénients.

La salpingectomie bilatérale a pour elle sa simplicité : l'opération est courte et ne nécessite qu'une ouverture minime des ligaments larges et aucune dissection du tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans les cas où il est possible de conserver un ovaire cette technique est toute indiquée : laissant l'ovaire et l'utérus, il est très possible que des règles persistent et les inconvénients endocriniens de l'hystérectomie n'existent donc pas. Nous en rapportons 5 observations.

Dans l'observation 69 on a ainsi conservé l'utérus et l'ovaire droit. Les règles se sont maintenues, bien qu'étant diminuées.

Dans l'observation 71, on a fait de même, ainsi que dans les observations 74 et 79, mais nous ne possédons malheureusement pas de renseignements sur l'existence ou non des règles après l'intervention. La malade 84 fut traitée par la double salpingectomie avec conservation des deux ovaires.

L'hystérectomie, au contraire, présente l'avantage d'une technique mieux réglée mettant définitivement la femme à l'abri de tous troubles de l'appareil génital. Elle est formellement indiquée si, en plus des

lésions tubaires, l'utérus est lui aussi malade (fibrome par exemple).

Lecène et sa suite, Moulonguet préconisent chaque fois qu'elle est possible l'*hystérectomie fundique*. A la vérité nous n'en avons aucune expérience, M. Lenormant et ses assistants ne l'ayant jamais pratiquée. Nous sommes d'ailleurs enclins à la rejeter, car elle est d'une technique difficile et l'hémostase en particulier y est délicate. Les statistiques montrent d'ailleurs que sa mortalité est supérieure à celle de la subtotale classique. Le tout pour un avantage relativement minime : conserver des règles à la malade mais toujours fort diminuées.

Nos 10 observations d'hystérectomie dans les hématomes tubaires et péritubaires se répartissent en quatre hystérectomies totales avec drainage vaginal (Obs. 7, 96, 100 et 103) et six observations de subtotale (1, 3, 66, 87, 102 et 104) dont une seule a été drainée par voie abdominale (102). Les comptes rendus ne sont pas toujours très explicites sur les raisons qui ont motivé l'hystérectomie.

Cependant deux fois nous trouvons signalée l'existence de fibrome (96 et 100); trois fois il est dit que l'utérus était gros et dur. Dans les cinq autres cas, les lésions tubaires étaient très importantes (pyosalpynx une fois) et les adhérences nombreuses.

Il nous reste à nous demander si la forme clinique de l'hémorragie n'intervient pas dans le pourcentage des hystérectomies, en d'autres termes, s'il n'y aurait

pas avantage, au point de vue de l'avenir génital de la malade, à opérer le plus tôt possible.

En fait, notre statistique nous montre que sur 20 inondations péritonéales sans symptômes menaçants, 19 fois on a fait une salpingectomie, 1 fois seulement l'hystérectomie. Dans tous les autres cas (hématosalpynx, hématoécèle partiellement enkystée, hématoécèle enkystée), sur 22 malades, on a fait 13 fois la salpingectomie contre 9 fois l'hystérectomie. Ceci nous paraît fort important à constater. Il est bien évident que l'inondation péritonéale, même sans symptômes menaçants, est opérée très rapidement, et c'est dans les observations de ce groupe que l'on a fait, le moins souvent, des hystérectomies et de beaucoup. Ceci est d'ailleurs corroboré parce que nous avons dit plus haut sur le traitement des inondations péritonéales avec symptômes menaçants, chapitre qui groupait 50 salpingectomies contre 5 hystérectomies.

Il semble donc que le fait de laisser un épanchement sanguin intra-abdominal augmente et peut être crée de toutes pièces des lésions sur la trompe opposée, les ovaires, l'utérus et le péritoine pelvien, lésions macroscopiquement telles que l'opération est normalement conduite à l'exérèse totale des organes génitaux.

Nous avons déjà signalé ce fait à l'anatomie pathologique.

Nous en pouvons conclure qu'il est formellement indiqué d'opérer le plus tôt possible les malades atteintes d'une quelconque de ces formes d'hémorra-

gies de la grossesse ectopique, non seulement pour les raisons données plus haut du danger et des risques qu'elles courent, mais aussi pour limiter au minimum les dégâts anatomiques et rendre possible une intervention partielle.

*B) TRAITEMENT DE L'ÉPANCHEMENT
DE SANG PRÉDOMINANT DANS LE DOUGLAS*

Ici un autre problème thérapeutique se pose. L'épanchement sanguin du Douglas peut être liquide, sa consistance molle; devant la fièvre que présente toujours une telle malade on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une lésion suppurée et s'il ne conviendrait pas d'aborder la collection par colpotomie. A vrai dire, la ponction du Douglas pourrait permettre de discriminer les cas; elle n'a cependant jamais été faite chez M. Lenormant. Elle peut d'ailleurs être une cause d'erreur et une colpotomie franche lui est peut-être préférable. L'observation 88 est un exemple de la règle qu'il faut suivre. Il existait une grosse tumeur fluctuante qui remplissait le bassin et bombait dans le Douglas, la malade avait une température de 38°, 38°5. On fit une colpotomie postérieure qui permit d'extraire des caillots, un fœtus et des débris placentaires. On fit alors séance tenante la laparotomie sous-ombilicale grâce à laquelle on extirpa la trompe gauche, source de l'hémorragie.

Dans l'observation 99, on fit aussi une colpotomie

et on évacua par l'incision vaginale une quantité assez considérable de sang, noir, sirupeux, et de quelques caillots. Comme il n'existait aucune trace de sang frais, on se contenta de cette incision et la malade guérit. Toutefois, elle revint dix mois après la première intervention, fut réopérée pour des douleurs abdomino-pelviennes, et l'on fut contraint de faire une hystérectomie, car il existait à droite un ovaire kystique et à gauche un kyste hématique.

Il en résulte que cette technique est mauvaise : elle ne permet pas à coup sûr de faire l'hémostase, elle laisse persister d'autre part des lésions tubaires ou autres dans le petit bassin qui peuvent être l'origine de complications tardives. Il faut donc imposer comme règle, après une colpotomie qui a révélé la présence du sang dans le Douglas, de faire une laparotomie qui seule permettra de traiter convenablement la lésion tubaire.

En dehors de ces cas, un peu particuliers et qu'il faut mettre à part, nous disposons de 13 observations d'hématocèle rétro-utérines; 9 malades furent traitées par salpingectomie et 4 par hystérectomie.

Huit fois on fit une salpingectomie unilatérale. Il est à noter que la malade de l'observation 97 avait déjà été opérée un an auparavant pour grossesse extra-utérine et l'on se borna la deuxième fois à enlever les annexes qui restaient.

La malade de l'observation 101 fut traitée par une salpingectomie unilatérale.

Parmi les quatre malades chez qui ont fut conduit

à faire une hystérectomie, l'une d'elles est à mettre complètement à part. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un néoplasme du col utérin, l'hématocèle était complètement latente et ne fut reconnue qu'à l'intervention. On fit une hystérectomie élargie et la malade guérit.

Dans les trois autres cas, on fit deux fois une hystérectomie subtotale sans drainage, une autre fois une totale avec drain vaginal.

Ces trois dernières opérations furent d'ailleurs difficiles et les protocoles portent que l'intestin était très adhérent et qu'il fut dépéritonisé en plusieurs endroits.

Dans une dernière observation enfin, on ne fit aucune opération réglée. On tomba dans une cavité rétro-utérine d'où on évacua du sang et des caillots; il fut impossible de reconnaître aucun organe. La cavité ne saignant plus, on se contenta de drainer la poche par l'incision abdominale.

C) HÉMATOCÈLES SUPPURÉS ,

Nous possédons trois observations d'hématocèle suppurée, deux d'entr'elles présentaient tous les signes d'une collection liquide du Douglas, et même l'une des malades (113) avait une rectite glaireuse, signe de perforation imminente du rectum. Ces deux malades furent traitées par colpotomie avec mise en place d'un drain en T.

La troisième observation, où il paraît bien que la suppuration n'ait pas été diagnostiquée avant l'opération, fut laparotomisée. Malgré la pose d'un drainage vaginal déclive, la malade mourut 48 heures après l'intervention.

Résumé. — En somme, de toute cette étude thérapeutique, nous pouvons conclure que quelle que soit la localisation de l'hématome (mises à part naturellement les hématoécèles suppurées) le traitement de choix est la laparotomie le plus précoce possible après le début des accidents. La technique idéale est d'enlever la trompe et la trompe seule; parfois cependant, on sera conduit par les lésions à l'hystérectomie.

Dans notre statistique, en éliminant l'observation 98, où il existait un cancer du col qui fut traité par l'hystérectomie élargie, les observations 105 et 110, où l'intervention se borna à évacuer les caillots sans rien reconnaître des organes voisins, nous trouvons les chiffres suivants :

Salpingectomies : 41 cas, soit 73 %.

Hystérectomies subtotaux : 10 cas, soit 17 %.

Hystérectomies totales : 5 cas, soit 10 %.

On peut donc en déduire que dans près des trois quarts des cas il est possible de réaliser l'opération idéale : la salpingectomie.

La question du drainage mérite de nous arrêter un moment. A part les cas d'hystérectomie totale où le drainage est indiqué (il fut fait les cinq fois par la voie vaginale) dans l'immense majorité des cas, il est

bien évident qu'il est généralement superflu de drainer.

Deux malades seulement ont été drainées les deux fois à la suite d'une salpingectomie (Obs. 6 et 76).

Dans l'observation 6, la mise en place du drain n'est pas expliquée. Il est dit simplement qu'il s'agissait d'un hémosalpynx droit, non rompu, très adhérent.

La malade de l'observation 76 fut drainée parce que du côté opposé à la grossesse tubaire, il existait une trompe volumineuse kystique renfermant du liquide chocolat dont l'asepsie était douteuse.

QUATRIÈME PARTIE

RÉSULTATS

Les résultats des opérations pour grossesse ectopique peuvent être envisagés de deux façons différentes et nous étudierons ainsi successivement les résultats immédiats (mortalité opératoire en particulier) et les résultats éloignés (la question des grossesses ultérieures et celle des récidives).

I. — Suites opératoires

Il convient d'abord d'envisager la mortalité d'ensemble. Sur nos 116 malades nous relevons 9 morts, ce qui nous fait 7,6 % de mortalité globale. Ce chiffre est relativement élevé, mais il nous faut remarquer que deux des morts concernent des hématoécèles suppurées. En supprimant les trois observations de ce type, nous obtenons un total de 113 observations avec 7 morts, ce qui abaisse la mortalité générale à 6,1 %.

Ce pourcentage est relativement important : Urdan, dans sa statistique récente de l'hôpital du Mont-Sinaï, a relevé sur 474 cas une mortalité de 2,95 %. Mais en réalité, cette étude d'ensemble de la mortalité n'a pas de raison d'être, et il convient d'étudier séparément les cas où la femme est arrivée à l'hôpital avec un syndrome grave d'inondation mettant immédiatement sa vie en danger, et les cas au contraire à évolution plus lente où l'opération n'a pas été faite d'urgence.

a) *Inondation péritonéale avec symptômes menaçants*. — Sur nos 55 malades, nous relevons un total de 7 morts, ce qui porte le pourcentage de mortalité à 12 %. Cinq malades sont décédées dans 48 premières heures. Il est évident que trois d'entre elles (n^{os} 12, 37 et 42) sont mortes d'anémie aiguë. Par la lecture des protocoles, il est plus difficile de se rendre compte de la cause de mort dans les observations 32 et 43. Quoi qu'il en soit, il s'agissait quatre fois de rupture isthmique et ceci souligne encore la gravité de cette localisation. Dans tous les cas, il est noté des signes accentués d'hémorragie interne et à la laparotomie l'existence d'un épanchement très abondant. Les deux derniers cas de morts sont délicats à interpréter. Une des malades (Obs. 22 *bis*) avait subi l'hystérectomie subtotale. Elle meurt cinq jours après l'opération. Celle de l'observation 15 n'avait eu qu'une salpingectomie et est décédée 15 jours après. Peut-être s'agissait-il dans ces deux cas d'incidents infectieux, il n'est pas possible de le savoir.

Cette mortalité de 12 % concorde avec celle que

donnent la plupart des auteurs : dans leur première série, MM. Lenormant et Keppel rapportaient 21 guérisons et 3 morts; dans la deuxième, 13 guérisons et 2 morts; c'était donc, pour un total de 39 inondations péritonéales graves, une mortalité de 13 % environ; Barret 9 %. Il est à remarquer que la thèse de Cestan, beaucoup plus ancienne, indique une mortalité de 21 %.

b) *Autres formes.* — Ici nous disposons de 58 observations d'hématocèles non infectées sans une seule mort. Ce fait est à opposer à la mortalité considérable que notre statistique indique pour les hématocèles suppurées (3 cas dont 2 morts).

En dehors de la mortalité opératoire il convient d'étudier les incidents qui se sont produits dans les jours qui ont suivi l'intervention.

Une fois (Obs. 92) la malade a eu un délire dans la nuit qui suivit, se leva et fut retrouvée dans le jardin. Il est probable que cet état ne peut être imputé à l'intervention, mais plutôt à une prédisposition constitutionnelle.

Une autre fois (Obs. 10), il se constitua une collection rétro-utérine qui dut être évacuée par colpotomie trois semaines après l'intervention. Nous avons déjà signalé ce fait plus haut en nous demandant s'il ne fallait pas voir les indices d'une toilette insuffisante du péritoine.

Enfin la malade de l'observation 109 eut des hémorragies répétées. Il fut nécessaire de réintervenir pour enlever une compresse oubliée. Ces accidents ne

sont pas imputables à la grossesse ectopique en elle-même, mais à une erreur de technique, puisque la trompe fut extirpée par une incision du flanc droit.

II. — Suites éloignées

A la suite d'une salpingectomie pour grossesse tubaire il semble que des malades encore pourvues d'une trompe et d'un utérus sains ne devraient pas être prédisposées à quelques troubles que ce soit. En réalité, les choses sont plus complexes et de nombreuses causes peuvent concourir à modifier plus ou moins le fonctionnement de l'appareil génital. J. Martin, dans sa thèse, fait intervenir les déviations utérines secondaires dues à la rétraction cicatricielle du côté de la trompe enlevée. Il faut, à notre avis, insister tout particulièrement sur les adhérences péri-utérines qui, nées de l'épanchement sanguin, peuvent être véritablement évolutives et entraîner des accidents à plus ou moins longue échéance. De même, des infections utéro-annexielles discrètes consécutives à la castration ou peut-être même antérieures à elle, sont parfois l'origine de troubles ultérieurs. L'avenir génital de la malade opérée de grossesse extra-utérine est donc fonction de nombreux facteurs. Certains de ceux-ci acquièrent une importance telle que la malade est opérée de nouveau. Nous étudierons ces cas *d'opération itérative* en premier lieu.

D'autres fois, ces troubles entraîneront la réci-

dive de la grossesse ectopique. Enfin, nous étudierons dans un troisième chapitre les *grossesses normales* qui sont assez rares et la *stérilité post-opératoire* qui est au contraire la règle.

a) *Opérations itératives.* — Nous mettrons à part un cas d'appendicite survenu un an après la première opération (Obs. 11) qui n'a évidemment rien à voir avec la grossesse tubaire. De même nous éliminerons l'observation 62 où la malade fut opérée 1 an après d'événement. Ceci rentre dans le risque que fait courir n'importe quelle laparotomie.

En dehors de ces cas, quatre malades furent réopérées pour une affection génitale. l'une 6 mois après, deux autres 18 mois après et la dernière deux ans après la première intervention.

Analysons d'un peu plus près ces observations.

Observation 13. — Cette malade revient 6 mois après une salpingectomie pour des pertes sanglantes abondantes et continues. L'utérus était gros et dur. On fit une hystérectomie totale. La pièce ouverte montra à l'intérieur de l'utérus une cavité remplie par un tissu violacé rappelant l'aspect d'une caduque. Le cas est difficile à interpréter car l'état des annexes opposées n'est pas indiqué et nous ne pouvons pas dire s'il s'est agi d'une récurrence de grossesse ectopique avec caduque intra-utérine ou d'une grossesse utérine anormale.

Observation 4. — La première opération avait consisté dans l'extirpation d'un hématosalpinx droit très adhérent au côlon pelvien et au petit bassin.

Quand la malade revint consulter deux ans après, comme il existait une masse annexielle gauche, on pensa à la possibilité d'une récurrence et on fit une laparotomie immédiate. En fait, il existait un kyste hémattique de l'ovaire gauche, et on fit une hystérectomie totale.

Observation 73. — Alors qu'à la première intervention on avait enlevé la trompe droite et constaté que les annexes gauches étaient saines, 18 mois plus tard on trouva un gros pyosalpinx gauche avec un faux kyste inflammatoire au-dessus de lui. On fit encore une hystérectomie totale.

Observation 99. — Après une colpotomie, qui n'avait pas été suivie de vérification par voie abdominale, on fut amené quelques mois après à faire une hystérectomie pour un ovaire kystique à droite et un kyste hémattique de l'ovaire gauche.

On voit donc que de l'analyse de ces quatre observations, il résulte avec grande netteté que parfois il se produit des lésions secondaires qui nécessitent une nouvelle intervention. Ce fait, connu depuis longtemps, était un argument pour ceux qui préconisaient systématiquement l'opération radicale dans le traitement de la grossesse ectopique. En réalité, ceci reste une éventualité très rare (4 cas sur 116) et ne peut en rien modifier la ligne de conduite que nous avons tracée plus haut.

b) *Récurrences.* — Ceci est un des chapitres les plus intéressants dans les suites éloignées des interventions pour grossesses tubaires.

La récidence peut atteindre l'autre trompe ou la trompe opérée si l'ablation de celle-ci a été incomplète. Nous n'étudierons pas ce dernier cas dont nous n'avons aucune observation. Le fait est très exceptionnel et Dragomiresco, dans sa thèse récente, n'est arrivé à recueillir que 12 cas publiés dans la littérature.

Il nous paraît donc évident qu'il faut rejeter la conception de certains qui veulent voir dans la possibilité de cette récidence un argument en faveur de la résection cunéiforme systématique de la trompe; ce risque très faible ne justifie pas les complications techniques de cette résection.

Il faut évidemment faire l'ablation de la trompe aussi complète que l'on peut et faire porter la section au ras du corps utérin. Cela suffit dans la pratique.

Dans notre statistique nous relevons 7 cas de récides dans la trompe opposée. Quatre malades avaient été opérées dans un autre service et les trois dernières dans le service de M. Lenormant.

Voici un tableau indiquant les diverses lésions constatées et les opérations faites.

RÉSUMÉ DES SEPT OBSERVATIONS DE RÉCIDIVE

OBSERVATIONS	I. — PREMIÈRES GROSSESSES ECTOPIQUES				INTERVALLE	II. — GROSSESSES ECTOPIQUES ITÉRATIVES				SUITES
	AGE	COTÉ	LÉSION ANATOMIQUE	OPÉRATIONS		AGE	COTÉ	LÉSION ANATOMIQUE	OPÉRATIONS	
3	24 ans	Droit			de 4 ans	25 ans	Gauche	Hématosalpinx	Hystérectomie	Guérison
22 bis	26 ans	Droit	Rupture Isthmique	Salpingectomie	de 3 ans accouchement normal	29 ans	Gauche	Avortement Tubaire	Hystérectomie	Mort
26 bis	26 ans	Gauche	Rupture Isthmique	Annexectomie	de 1 an	27 ans	Droit	Avortement Tubaire	Hystérectomie	Guérison
32	32 ans	Gauche		Annexectomie	de 4 ans	36 ans	Droit	Avortement Tubaire + Kyste Ovaire D	Hystérectomie	Guérison
50	36 ans	Gauche	Rupture Ampullaire	Salpingectomie	de 1 an	37 ans	Droit	Rupture Ampullaire	Salpingectomie	Guérison
67	30 ans	Droit	Grossesse Ovarienne	Annexectomie	de 4 ans	35 ans	Gauche	Avortement Tubaire	Hystérectomie	Guérison
97	31 ans	Droit		Annexectomie	de 1 an	32 ans	Gauche	Hématosalpinx + Hem. enkystée	Salpingectomie	Guérison

La fréquence de la récurrence est donc dans notre statistique d'environ 6 %. Lejars fixait ce chiffre à 1 ou 6; Arcieri, dans sa statistique récente, donne 5,5 %; Patel, à la Société de Chirurgie de Lyon, a observé un cas sur 50, soit 2 %. Seul Arrivat donne un pourcentage sensiblement plus élevé (10 %), mais sa statistique ne porte que sur 22 cas.

De l'étude de nos observations nous ne pouvons rien conclure sur la pathogénie des accidents. *A priori* d'ailleurs les causes sont identiques à celles de la première nidation ectopique.

Barret, envisageant cette question, s'étonne même que les récurrences soient si peu fréquentes puisque les causes doivent persister après la première intervention.

Il explique ce fait en apparence paradoxal par la stérilité persistante des femmes opérées de grossesse extra-utérine. La récurrence dit-il ne peut se produire que s'il existe au niveau de l'annexe restante une perméabilité incomplète permettant bien l'engagement de l'ovule fécondé dans la trompe mais bloquant celui-ci en un point quelconque de son trajet.

Cette fréquence est-elle telle qu'il faille, comme certains l'ont préconisé, extirper systématiquement la trompe opposée, même saine, dans toute opération pour grossesse ectopique ?

On sait que Reed, Dorland, Lawrence, Berck l'ont proposé. En réalité, la proportion de grossesses normales étant beaucoup plus fréquente que celle de grossesses tubaires itératives, cette conception théo-

rique ne peut se soutenir (32 % environ de grossesses utérines, contre 5 % de gestations ectopiques).

Jeanneney propose de laisser en place la trompe saine, mais de vérifier la perméabilité tubaire par un examen au lipiodol avant de permettre une nouvelle gestation.

Il est évident que toute récurrence de grossesse extra-utérine peut s'accompagner des mêmes symptômes que la première fois et revêtir par conséquent l'allure d'une quelconque des formes que nous avons étudiées plus haut.

Mais l'existence dans les antécédents d'une gestation tubaire est un argument primordial pour le diagnostic.

La deuxième grossesse ectopique s'est produite chez nos malades entre 1 an et 4 ans après la première atteinte. Il est à noter que la malade n° 22 a eu un accouchement normal entre les deux grossesses tubaires.

Le pronostic de ces grossesses ectopiques itératives ne nous paraît pas plus grave au point de vue vital que celui d'une seule gestation tubaire. Il est fonction de la forme de l'hémorragie et de la rapidité de l'intervention; nous avons eu une seule mort sur nos 7 cas de récurrence.

Le pronostic fonctionnel par contre est évidemment bien plus sombre, 5 de nos malades ont subi une hystérectomie, 2 seulement une salpingectomie. Cette dernière technique de salpingectomie pour récurrence serait peut-être à conseiller systématiquement

à la condition que l'utérus soit sain et qu'on puisse garder un ovaire. La malade n° 50 a vu ainsi ses règles persister après la deuxième opération et on comprend donc que par cette méthode on puisse diminuer considérablement les accidents endocriniens de ménopause chirurgicale.

c). *Grossesse utérine et stérilité post-opératoires.*
— Nous disposons de 18 observations où les résultats éloignés sont portés: quatre fois seulement, la malade a eu après l'opération un accouchement normal.

Une autre a fait une fausse couche. Les 13 autres malades sont demeurées stériles.

On voit donc combien important est la stérilité des malades opérées de grossesse extra-utérine 82 %.

On sait que de nombreux auteurs ont insisté sur la cause tubaire de cette stérilité. Barret en particulier, par l'hystérosalpingographie, a montré la fréquence des oblitérations du pavillon sans que d'ailleurs l'examen physique indique aucune lésion de l'appareil génital.

OBSERVATIONS

I

Hémorragies intratubaires sans hémorragie intra-péritonéale

(7 OBSERVATIONS)

OBSERVATION I

M^{me} D. R., 35 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Louis le 17 avril 1923, pour troubles digestifs et douleurs abdominales.

Le T. V. montre un utérus augmenté de volume, dur, en retroversion, comprimant le rectum.

Cette malade a été examinée à Saint-Antoine (radioscopie, rectoscopie) et elle est revenue avec un résultat négatif au point de vue digestif.

Opération le 19 mai.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale; Il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche non rompue avec du sang noir. Adhérences de l'épiploon à la vessie formant bride. Comme l'utérus est gros, très dur, et tout le péritoine très rouge avec des adhérences, on fait une hystérectomie subtotale.

Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION II

M^{me} K. B., entrée le 21 mai 1923.

Signes de salpingite gauche.

Opération le 29 mai.

Rachianesthésie. Laparotomie. Il s'agit d'un Hématosalpinx gauche, non rompu. Annexeomie.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérisson sans incidents. Sort le 23^e jour.

OBSERVATION III

M^{me} L. M., 25 ans. Curettage pour fausse couche de quatre mois et demi en 1919.

Opérée en 1921 à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Lapointe, pour une hématoécèle. Le compte rendu porte qu'il s'agissait d'une poche d'hématoécèle péri-utérine droite bien limitée par des adhérences.

Entrée à Saint-Louis le 11 avril 1925. La malade dit éprouver les mêmes symptômes que la première fois.

Opération immédiate.

Laparotomie, sous anesthésie générale au chloroforme. Il s'agit d'un hématoosalpinx. Les annexes droites ont été enlevées lors de la première intervention. Hystérectomie.

Suture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Guérisson sans incidents. Sort le 29 avril.

OBSERVATION IV

M^{me} A. C., 33 ans.

Entrée à la Pitié le 8 avril 1926.

Le diagnostic reste hésitant entre salpingite et hématoécèle.

Opération le 10 avril.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombili-

cale. Il s'agit d'un hématosalpinx droit, volumineux, très adhérent au colon pelvien et au petit bassin.

Comme les annexes du côté gauche sont très saines et que la malade est jeune, on fait une castration unilatérale droite.

Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

Revient le 24 mars 1928.

Souffre beaucoup du ventre.

Au toucher on sent une masse annexielle gauche.

On pense à la possibilité d'une récurrence.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'ancienne cicatrice est parfaite. Aucune adhérence au péritoine pariétal.

L'utérus est dans sa situation normale, mais il existe à gauche un *ovaire kystique, de couleur noire, gros comme une orange*.

On fait une hystérectomie totale.

Paroi en deux plans. Pas de drainage.

Examen de la pièce anatomique : il s'agit d'un *kyste hématique de l'ovaire*.

Guérison sans incidents. Sort le 8 avril.

OBSERVATION V

M^{me} D. A., 30 ans.

Entre à la Pitié le 4 mars 1927, pour douleurs abdominales.

Arrêt de règles depuis le mois de novembre, suivi de petites métrorragies irrégulières.

Au T. V. on sent une tumeur annexielle droite du volume d'une grosse mandarine. Rien à gauche. Culs-de-sac souples. Utérus mobile.

On pense à une salpingite ou plus probablement à une grossesse extra-utérine.

Opération le 7 mars.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Malade très grasse. Utérus petit, refoulé à gauche par la tumeur annexielle droite qui est un hématosalpinx fermé auquel adhère une frange du grand épiploon.

A gauche, annexes fixées par quelques adhérences qu'on détache.

Libération des annexes droites que l'on enlève. Résection de la partie adhérente du grand épiploon.

Suture de la paroi en trois plans, sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 31 mars 1927.

OBSERVATION VI

M^{me} T. G., 38 ans.

Entrée le 25 février 1928 pour des pertes sanguinolentes qui persistent depuis trois mois.

Au T. V. on constate une grosse masse paraissant médiane.

Opération le 1^{er} mars.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Il s'agit d'un hématosalpinx droit, non rompu, très adhérent. Libération des adhérences. Annexeomie droite.

On laisse un drain.

Guérison sans incidents. Sort le 18 mars.

OBSERVATION VII

M^{me} R. F., entrée le 11 août 1930.

Présente un retard de règles de huit jours.

Au T. V. : possibilité d'une grossesse extra-utérine double.

Antécédents : un enfant de 4 ans.

Opération le 14 août.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Il existe un peu de sang liquide dans le pelvis.

A droite, on trouve une grossesse tubo-abdominale.

A gauche, grossesse isthmique grosse comme le poing.

Hystérectomie totale par le procédé américain. L'artère utérine gauche est disséquée branche par branche, et trois de celles-ci sont liées par le procédé de Doyen, en attirant le col en haut.

Suture presque complète du vagin sur un drain. Péritonisation soigneuse par reconstitution du ligament large.

Appendicectomie. Enfouissement.

Paroi abdominale en deux plans sans drainage.

Guérison sans incidents.

II

Hémorragies intra-péritonéales libres avec symptômes immédiats menaçants

(55 OBSERVATIONS)

OBSERVATION VIII

M^{me} Z. A., 38 ans.

Entrée le 18 mars 1923. Syndrome d'inondation péritonéale : pouls à 130, matité dans les flancs, deux syncopes la veille de son entrée. Règles normales en février, mais retard de cinq jours en janvier.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une inondation péritonéale par rupture d'une grossesse isthmique droite. Salpingectomie.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION IX

M^{me} F. E., 37 ans.

Entrée le 5 janvier 1924. Syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté brusquement 12 heures avant.

A l'examen : malade pâle, pouls à 120, ayant présenté de petites syncopes.

Au T. V. : douleur vive au cul-de-sac postérieur.

Opération immédiate.

Laparotomie. Péritoine bleuâtre. Il existe dans la cavité abdominale une grande quantité de caillots et de sang liquide. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche rompue. Ablation des annexes gauches.

L'utérus et les annexes droites sont normaux.

Toilette rapide du péritoine et suture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION X

M^{me} D..., 36 ans.

Entrée le 22 juillet 1924. Retard de règles de deux mois environ. Depuis quelques jours : pertes rouges, très légères, distillantes.

A présenté le jour de son entrée une douleur violente avec tendance syncopale.

A l'examen : ventre douloureux, souple; malade très pâle, pouls à 90, pas de fièvre.

Au T. V. : cul-de-sac rétro-utérin empâté et très douloureux. Utérus gros comme le poing.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine bleu. Cavité abdominale pleine de sang. Grossesse tubaire gauche rompue. On trouve un fœtus de deux mois environ. Salpingectomie. Toilette rapide de la cavité péritonéale. Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Trois semaines après l'intervention la malade continue à avoir de la fièvre et présente les signes d'une collection rétro-utérine.

Colpotomie postérieure le 11 août.

Evacuation de quelques caillots. Drain en T.

A partir de ce moment la température tombe et la malade guérit rapidement.

Sort le 16 août.

OBSERVATION XI

M^{me} M. M., 39 ans.

Entrée le 19 novembre 1924. Syndrome d'inondation péritonéale datant du matin. Arrive à l'hôpital 18 heures après.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve du sang liquide et des caillots dans le péritoine en très grande quantité. La trompe droite est rompue au niveau de l'isthme. Annexeomie droite. Détersion rapide de la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen de la pièce anatomique : zone éclatée de 4 centimètres.

Guérison sans incidents.

Suites : opérée en juillet 1925 pour appendicite.

OBSERVATION XII

M^{me} M. D., 27 ans.

Entrée le 13 février 1925. Syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté brusquement à deux heures de l'après-midi par une douleur abdominale violente et état syncopal.

Amélioration trompeuse pendant quelques heures. Puis, à neuf heures du soir, nouvel ictus. On amène la malade à minuit à l'hôpital.

A l'examen : pouls défaillant, filiforme; pâleur, syncopes. Matité hypogastrique.

Retard de huit jours. Petites pertes rouges.

Au T. V. : douleur vive au cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate (10 heures après le début des accidents).

Incision médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Péritoine bleuté. A l'ouverture du péritoine, rejet de sang et de caillots. On reconnaît la rupture. Elle siège sur l'isthme de la trompe à 1 cm. $\frac{1}{2}$ de la corne utérine. A ce niveau la trompe présente une dilatation du volume d'une noisette et une perforation sur son bord inférieur. Salpingectomie. Détersion rapide de la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Immédiatement après l'opération, dénudation d'une veine et injection de 500 c. c. de sérum chaud.

Malgré l'intervention et les soins post-opératoires, la malade meurt le lendemain à 21 h. 30.

OBSERVATION XIII

M^{me} B. L., 31 ans.

Entrée le 27 février 1925. Syndrome d'inondation péritonéale.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. Sang libre dans le ventre. La trompe droite porte une rupture ampullaire postérieure avec issue du placenta. L'œuf est retrouvé dans le ventre. Salpingectomie droite. Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Suites opératoires sans incident immédiats. Sort le 17 mars.

Revient en septembre 1925.

Pertes sanglantes abondantes et continues.

Au T. V. : utérus gros, mobile; col très dur et régulier.

Opération le 16 septembre.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On détache quelques adhérences de l'intestin grêle. Hystérectomie totale. Péritonisation sur un drain vaginal. Paroi en trois plans.

Examen de la pièce anatomique : l'utérus ouvert montre une cavité remplie par un tissu violacé rappelant l'aspect d'une caduque.

OBSERVATION XIV

S..., 21 ans.

Entrée le 18 mai 1925. Syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté brutalement sept heures avant l'arrivée de la malade à l'hôpital.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. Issue d'un flot de sang dès l'ouverture du péritoine. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche. Annexeomie gauche.

Evacuation rapide des caillots et fermeture de la paroi sans drainage.

Examen de la pièce anatomique : La trompe présente dans sa portion isthmique un petit orifice de perforation gros comme une tête d'épingle.

Guérison sans incidents. Sort le 13^e jour.

OBSERVATION XV

M^{me} L. L., 31 ans.

Entrée le 29 mai 1925. Retard de règles de dix jours environ, suivi de petites pertes et de douleurs abdominales. Tendance syncopale. Pâleur.

A l'examen : Ventre gros. Matité hypogastrique.

Au T. V. : Col un peu mou. On ne sent pas l'utérus.

Opération immédiate.

Il s'agit d'une grossesse tubaire droite rompue. Le

placenta et le fœtus sont dans l'abdomen au milieu des caillots. Salpingectomie droite.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Mort deux semaines après l'intervention.

OBSERVATION XVI

M^{me} H. A., 38 ans.

Entrée le 1^{er} octobre 1925. Retard de règles d'un mois. Douleurs abdominales depuis quelques jours, s'étant exagérées le jour de son entrée. Malade très pâle.

Au T. V. : on sent une masse rétro-utérine. Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen est plein de sang libre. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche rompue. Salpingectomie gauche.

Etanchement de la cavité abdominale et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 29 octobre 1925.

OBSERVATION XVII

M^{me} S. A., 31 ans.

Entrée le 11 octobre 1925 pour une fausse couche suspecte. Au toucher, l'utérus semble augmenté de volume, le col ramolli. Pas de masse annexielle perceptible, mais cul-de-sac gauche douloureux.

La malade est mise en observation et deux jours après présente les symptômes classiques d'une rupture de grossesse tubaire.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. Sang libre et caillots dans la cavité abdominale. L'hémorragie très abondante a son point de départ dans la trompe gauche qui

est éclatée au niveau de son insertion sur la corne utérine. Résection cunéiforme de la trompe gauche.

Fermeture de la paroi en un plan. Pas de drainage.
Guérison sans incidents.

OBSERVATION XIX

M^{me} M. L., 40 ans.

Entrée le 26 avril 1926. Syndrome d'inondation péritonéale en évolution depuis quelques heures.

Antécédents : Femme ayant eu trois accouchements, dont un d'un enfant avant terme et les deux autres de mort-nés.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Issue d'une grosse quantité de sang dès l'ouverture du péritoine. La trompe gauche est rompue au niveau de sa portion isthmique. Salpingectomie gauche.

Détersion rapide de la cavité péritonéale gauche et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 12 mai.

Revue en bon état en janvier 1931.

OBSERVATION XX

M^{me} C. L., 27 ans.

Entrée le 3 mai 1926. Syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté brusquement à 10 heures du matin. La malade arrive à l'hôpital quatorze heures après. Symptômes classiques, mais défense pariétale dans l'hypogastre et légère poussée de la température.

Retard de trois semaines.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule du sang noirâtre avec des nombreux caillots. Il s'agit d'une grossesse ampullaire avec

avortement tubaire. Ablation de la trompe droite. Les annexes gauches sont saines.

Détersion rapide de la cavité abdominale et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 13^e jour.

Revue en décembre 1930.

Bon état général. Accouchement normal, en octobre 1928.

OBSERVATION XXI

M^{me} H. G., 18 ans.

Entrée le 10 mai 1926. Malade saignée à blanc, amenée à l'hôpital ayant été trouvée inanimée sur la voie publique.

Retard de règles.

Au T. V. : douleur vive au cul-de-sac postérieur. Masse latéro-utérine gauche.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Grosse quantité de sang dans le péritoine. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe gauche. Salpingectomie gauche. Vérification des annexes du côté opposé qui sont saines.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Immédiatement après l'opération on injecte 500 c. c. de sérum par voie intraveineuse.

Examen de la pièce anatomique : La trompe enlevée présente une déchirure sur sa face postérieure longue de 4 cm.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION XXII

M^{me} V. G., 26 ans. Femme ayant déjà eu un enfant il y a 6 ans et une fausse couche de 7 mois.

Entrée le 17 mai 1926. Retard de règles de trois semaines. Pertes rouges et peau il y a une semaine. A présenté plusieurs crises moyennement douloureuses les jours suivants.

Grande crise douloureuse dans la matinée du jour de son entrée. Arrive à l'hôpital 17 heures après avec le tableau clinique classique d'hémorragie intra-péritonéale.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang liquide dans l'abdomen. Grosse trompe droite, rouge, distendue et rompue très près de l'angle utérin. Salpingectomie.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Examen de la pièce anatomique : La trompe contient des caillots abondants au milieu desquels il est impossible de rien reconnaître.

Cérison sans incidents. Sort le 2 juin 1926.

OBSERVATION XXII *bis*

Même malade que l'observation XXII.

Accouchement normal en février 1928.

Revient le 12 septembre 1926 dans le service N° 8 de la Pitié.

Syndrome d'inondation péritonéale.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Adhérences épiploïques à la paroi et aux organes pelviens. Sang et quelques caillots dans la cavité péritonéale. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe gauche qui est le siège d'une grossesse ampullaire ayant donné lieu à un avortement tubaire.

Hysterectomie subtotale et fermeture de la paroi sans drainage.

Mort le 17 septembre 1929.

OBSERVATION XXIII

M^{me} E. E., 32 ans.

Entrée le 14 juin 1926 pour douleur abdominale vive, datant de cinq heures avant.

Malade très pâle, présentant un retard de règles de deux mois. Depuis aucune perte vaginale.

Au T. V. : cul-de-sac postérieur très douloureux; masse pâteuse dans le cul-de-sac latéral gauche.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve des caillots en grande quantité libres dans la cavité abdominale. La trompe gauche est très distendue, du volume d'un œuf de poule et éclatée. Par le trou sort la petite tête du fœtus. Annexectomie gauche.

Fermeture de la paroi en trois plans, après évacuation rapide des caillots.

Guérison sans incidents. Sort le 15^e jour.

OBSERVATION XXIV

M^{me} C. L., 33 ans.

Entrée le 25 novembre 1926. Retard de règles de deux mois. Symptômes d'hémorragie interne.

Au T. V. cul-de-sac postérieur douloureux.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La cavité abdominale contient une quantité assez grande de sang liquide. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite, turgescence et rompue. Salpingectomie droite.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION XXV

M^{me} F..., 35 ans.

Entrée le 16 décembre 1926. Douleur vive abdominale avec état syncopal. Pouls à 90; pas de fièvre. Pas de retard de règles. Mais pâleur marquée.

Au T. V. : cul-de-sac postérieur très douloureux.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'abdomen est plein de sang libre. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite rompue au niveau de sa portion isthmique. Salpingectomie. Annexes gauches normaux.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérisson sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION XXVI

M^{me} T. M., 26 ans.

Entrée le 10 février 1927. Malade en traitement depuis quelque temps pour douleurs abdominales vagues, peut-être plus marquées à gauche. Ventre souple, indolore à la palpation.

Toucher négatif, bien que la malade accuse un retard de règles de deux mois.

On pense à une péritonite tuberculeuse.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade fait une crise douloureuse avec vomissements cessant au bout de quelques heures.

Le 24 février au matin crise plus violente avec pâleur, pouls petit et rapide, sensibilité très vive au niveau du cul-de-sac de Douglas. Le ventre reste souple, mais douloureux à sa partie inférieure.

Opération d'urgence le 24 février.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine

renferme une grande quantité de sang liquide et de caillots sans aucune tendance à l'enkystement. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe gauche qui est le siège dans sa portion isthmique d'une large déchirure par où sort le placenta. Hémorragies artérielles sur la tranche de rupture. Annexectomie droite. Détersion rapide de la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.
Guérison sans incidents. Sort le 16 mars 1927.

OBSERVATION XXVI bis

Même malade que l'observation XXVI.

Revient le 26 juillet 1928.

Crise douloureuse dans le bas-ventre. Métrorragies qui persistent depuis un mois.

Au toucher on constate une tumeur annexielle droite qui refoule l'utérus vers la gauche.

On pense à une grossesse extra-utérine itérative.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale, sous rachianesthésie. On libère quelques adhérences épiploïques à la face profonde de la paroi abdominale. On trouve des vaillots en voie d'enkystement dans le Douglas, au milieu desquels on trouve la trompe droite qui est le siège d'une grossesse extra-utérine ayant donné lieu à des accidents d'avortement tubaire.

Hysterectomie subtotale.

Evacuation des caillots et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 15 juillet 1298.

OBSERVATION XXVII

M^{me} G. B.

Entrée le 17 mars 1927. Malade sortie de l'hôpital Bichat avec le diagnostic d'appendicite.

Cinq jours après, présente une nouvelle crise douloureuse avec état syncopal. Pas de fièvre ni de vomissements. Le soir, vers 9 heures, crise plus alarmante encore que les antérieures. On amène la malade d'urgence à la Pitié.

A l'examen : pâleur très accusée, pouls petit, rapide. Retard de règles d'un mois. Petites pertes de sang noirâtre. Sensibilité très vive au toucher du Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Une grande quantité de sang sourd dès l'ouverture du péritoine. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui est le siège d'une grossesse isthmique rompue.

Salpingectomie. Annexes gauches normaux. On péritonise sans évacuation de la totalité du sang.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Sort guérie le 17^e jour.

Revue bien portante un an après l'intervention.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} B. A., 32 ans.

Femme ayant déjà eu deux enfants (13 et 9 ans).

Entrée le 14 avril 1927. Douleurs abdominales vagues depuis deux mois, s'accompagnant de petites pertes de sang rouge.

Retard de règles de six semaines.

Douleurs violentes à droite, ayant débuté brutalement la matinée du jour de son entrée.

A l'examen, présente les symptômes classiques d'inondation péritonéale, mais température à 38° et *contraction abdominale surtout marquée dans la fosse iliaque droite*.

Au T. V. : col mou. Rien aux culs-de-sac, mais on sent un gros utérus fixé et douloureux.

Opération immédiate.

Grosse trompe droite, rompue dans sa portion ampullaire, avec un demi-litre de sang dans la cavité péritonéale. Caillots volumineux dans le Douglas. Salpingectomie droite. On retrouve un fœtus de 2 mois environ.

Evacuation rapide des caillots et fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

Revue en bon état en janvier 1931.

OBSERVATION XXIX

M^{me} L. M., 28 ans.

Entrée le 29 avril 1927 pour un syndrome douloureux abdominal datant de la veille. Facies pâle; pouls à 120; état syncopal.

Retard de règles de trois semaines. Petites métrorragies noirâtres.

Au toucher : douleur très vive au cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve du sang libre dans la cavité péritonéale en quantité très abondante. Il s'agit d'une grossesse isthmique droite, rompue. Salpingectomie droite. Il existe sur l'ovaire gauche un petit kyste du volume d'un marron.

Evacuation rapide du sang épanché et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION XXX

M^{me} V. A., 27 ans.

Entrée le 30 mai 1927. Retard de règles de deux mois. Douleurs vives dans l'abdomen depuis deux jours. Pâleur et pouls rapide.

Au T. V. : douleur vive au cul-de-sac de Douglas qui est un peu empâté.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve du sang en assez grosse quantité formant des caillots énormes. Il n'y a du sang liquide que dans la cavité pelvienne. Il s'agit d'une grossesse ampullaire droite rompue. Ablation unilatérale des annexes.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION XXXI

M^{me} P. P., 33 ans.

Entrée le 17 juin 1927 pour syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté brutalement par une douleur abdominale violente et des vomissements.

Au T. V. : douleur vive au cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous rachianesthésie. Sans liquide et caillots en abondance dans le ventre. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui est le siège d'une grossesse isthmique rompue

à un centimètre et demi de la corne utérine, avec section presque complète de la trompe. Ablation des annexes droites. Vérification des annexes du côté gauche qui sont saines. Détersion rapide de la cavité péritonéale.

Fermeture en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION XXXII

M^{me} D. L. L., 32 ans. Fille en 1916. Malade anciennement opérée pour hématocele à la clinique obstétricale de la Pitié (juillet 1923).

Entrée le 22 juin 1927. Syndrome d'anémie aiguë très marqué. Pertes peu abondantes après un retard de quelques jours.

Au T. V. : sensibilité très vive au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il y a du sang libre en grande quantité dans le péritoine. Il s'agit d'une grossesse ampullaire avec avortement tubaire et l'œuf est trouvé au voisinage de l'orifice tubaire.

Les annexes du côté gauche ayant été enlevés en totalité lors de la première opération et l'*ovaire droit étant kystique*, on fait une hystérectomie subtotale. Une anse de l'intestin grêle très adhérente à la paroi antérieure est libérée très péniblement et nécessite un surjet d'enfouissement sur une surface dépéritonisée.

Evacuation du sang et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 7 juillet 1927.

OBSERVATION XXXIII

M^{me} H. A., 32 ans.

Entrée le 1^{er} juillet 1927. Syndrome d'hémorragie interne.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La cavité péritonéale est pleine de sang liquide. L'hémorragie a son point de départ dans la trompe droite qui est le siège d'une grossesse isthmique rompue.

Salpingectomie. Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Mort le lendemain de l'opération.

OBSERVATION XXXIV

M^{me} H. P., 32 ans.

Entrée le 18 novembre 1927 pour douleurs abdominales datant de trois jours. Retard de règles de deux mois. Depuis, aucune perte vaginale.

Au T. V. : cul-de-sac postérieur très douloureux; un peu d'empâtement sur les côtés utérins, mais le cul-de-sac de Douglas ne bombe pas. Le col est de consistance normale.

Le pouls et la température sont normaux, *mais la malade est très pâle.*

La malade est mise en observation et le lendemain matin présente tous les symptômes cliniques classiques de rupture de grossesse tubaire.

Opération immédiate.

Laparotomie. Sang libre et caillots dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'une grossesse ampullaire avec avortement tubaire. Ablation de la trompe droite en conservant l'ovaire. L'hémostase est difficile à la corne utérine, très friable.

L'utérus est gros comme un utérus gravide de deux

mois, normal d'aspect; les annexes ganches sont saines.
Fermeture de la paroi sans drainage.
Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION XXXV

M^{me} C. G., 35 ans.

Entrée le 26 janvier 1928. Retard de règles de deux mois. Douleurs abdominales à gauche, ayant débuté il y a une semaine.

La veille de son entrée les douleurs se sont accentuées et a présenté plusieurs petites syncopes.

A l'examen : Syndrome d'inondation péritonéale. Abdomen douloureux à la palpation de la fosse iliaque droite.

L'utérus semble augmenté de volume au toucher et il existe une masse annexielle douloureuse, difficile à délimiter à gauche.

Rien au cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve des caillots et du sang libre en assez grande quantité dans le péritoine. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe gauche qui est le siège d'une grossesse ampul-laire rompue. Annexectomie gauche.

Evacuation des caillots et du sang et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION XXXVI

M^{me} A. F., 24 ans. Un enfant âgé de 5 ans.

Malade en observation dans le service n° 8 de la Pitié. Présente dans l'après-midi du 26 février 1928 les signes d'une inondation péritonéale.

Opération immédiate (dans le service n° 7).

Incision médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Sang entièrement libre dans le péritoine. Rupture d'une grossesse tubaire ampullaire droite. La rupture se prolonge très près du pavillon et il est impossible de conserver l'ovaire. Annexectomie droite.

Toilette très rapide du péritoine et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 17 mars 1928.

Revue en mai 1931 : pas de grossesse depuis l'intervention; règles irrégulières. A augmenté considérablement de poids.

OBSERVATION XXXVII

M^{me} K..., 26 ans.

Entrée le 22 mars 1928. Syndrome d'inondation péritonéale ayant débuté à 7 heures du matin. La malade est amenée à l'hôpital 10 heures après le début des accidents : elle est délirante, avec pouls imperceptible à la radiale.

Pendant une heure on s'efforce de remonter la malade.

Intervention d'urgence.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La cavité abdominale est pleine de sang liquide. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe droite qui est le siège d'une grossesse isthmique rompue. Salpingectomie.

On étanche rapidement le sang épanché.

Fermeture de la paroi en un plan.

L'opération à peine terminée, on dénude la veine céphalique et on fait une injection d'adrénaline intra-veineuse, puis de sérum (500 c. c.). Caféine et huile camphrée sous la peau. Inhalations d'oxygène avec le masque d'Ombredanne. Elévation et pansement compressif des membres inférieurs. Malgré tous les soins, la malade succombe une heure après l'intervention.

OBSERVATION XXXIX

M^{me} P. G., 35 ans.

Entrée le 8 avril 1929. Femme adressée dans le service pour fausse couche. Retard de deux mois. Douleurs vives abdominales depuis une semaine. Petites syncopes répétées. Pertes rouges avec expulsion d'un gros débris d'aspect de placenta.

Au toucher, col fermé. Douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas. Cul-de-sac gauche bombé.

Facies pâle; soif; pouls à 120.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale. Sang liquide et caillots libres dans le péritoine. Trompe droite augmentée de volume avec déchirure large comme une pièce de 5 francs dans sa portion ampullaire. Annexectomie droite. Annexes gauches normales.

Evacuation du sang et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Immédiatement après l'opération on injecte 1000 c. c. de sérum sous la peau.

OBSERVATION XL

M^{me} G. M., 35 ans.

Entrée le 8 avril 1929. Syndrome d'hémorragie interne ayant débuté la veille, à 8 heures du soir. Pouls petit à 120. Abdomen météorisé.

A présenté 3 syncopes et un retard de 15 jours.

Au T. V. : sensibilité très vive au nouveau du cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve des caillots en assez grande quantité dans la cavité péritonéale. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite. Annexectomie droite.

Evacuation des caillots et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION XLI

M^{me} D. P., 33 ans.

Entrée le 31 janvier 1929. Retard de règles de huit jours. Douleur abdominale brusque datant du jour même de son entrée. Symptômes d'inondation péritonéale évidents.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. La cavité péritonéale est pleine de sang liquide et de caillots. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe gauche qui est le siège d'un hématosalpinx rompu. Annexectomie gauche. On laisse un drain dans le Douglas.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Guérison sans incidents. Sort le 24 février 1929.

OBSERVATION XLII

M^{me} H. L., 33 ans.

Entrée le 31 janvier 1929. Malade arrivée dans le service avec signes très marqués d'hémorragie interne : pouls radial imperceptible, langue froide, pâleur et syncopes subintrantes.

Douleur abdominale ayant débuté brusquement la veille. Retard de huit jours.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Le péritoine contient un gros épanchement de sang libre. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui est le siège d'une grossesse isthmique rompue. Ablation des annexes droites. Ligature difficile au niveau de la corne utérine.

On laisse un drain dans le Douglas et on ferme la paroi en un plan aux bronzes.

Mort quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION XLIII

M^{me} D. V., 40 ans.

Entrée le 10 septembre 1929 pour un syndrome d'inondation péritonéale.

Opération immédiate.

Laparotomie sous anesthésie générale au chloroforme. Il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire gauche. Salpingectomie.

On évacue une grosse quantité de sang et de caillots. Vérification des annexes du côté droit qui sont saines.

Suture de la paroi en un plan aux bronzes.

Mort deux jours plus tard.

OBSERVATION XLV

C. G., 39 ans. Pas d'enfant; mariée depuis 10 ans.

Entrée le 10 mars 1929. Retard de règles de trois semaines. Petites pertes noirâtres. Début des accidents par une douleur abdomino-pelvienne avec petites syncopes. Quatre jours plus tard la malade est prise d'une douleur violente avec vomissements et état syncopal. Douleur irradiant *vers le périné*.

Au T. V. : douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Paroi abdominale souple.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous rachianesthésie. On trouve du sang libre et des caillots en quantité modérée dans le ventre. Il s'agit d'un avortement tubaire droit. Ablation des annexes du côté droit.

Vérification des annexes du côté gauche : ovaire sclérokystique. Evacuation rapide du sang.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 20^e jour.

Pas de grossesse jusqu'en mai 1931. Règles normales.

OBSERVATION XLVI

M^{me} C. D., 35 ans.

Entrée le 19 août 1929. Retard de cinq jours. Puis pertes peu abondantes durant quinze jours. Douleur abdominale violente, à début brusque. Malade pâle. Pouls à 120. Pas de fièvre ni de vomissement.

Au T. V. : cul-de-sac postérieur très sensible.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on trouve du sang liquide en grande abondance. Il s'agit d'une rupture de la trompe droite près de sa portion isthmique. Salpingectomie droite. Toilette rapide de la cavité péritonéale.

Fermeture de la paroi en un plan aux bronzes. Pas de drainag.

Guérison sans incidents. Sort le 15 septembre.

OBSERVATION XLVII

M^{me} R. M., 30 ans.

Entrée le 9 septembre 1929 pour syndrome d'inondation péritonéale.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang libre dans la cavité péritonéale. La trompe droite est le siège d'une grossesse ampullaire rompue. Ablation des annexes droites.

Toilette rapide du péritoine et fermeture de la paroi en un plan,

Pièce : un embryon de *quinze centimètres*.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XLVIII

M^{me} F. K., 29 ans.

Entrée le 9 décembre 1929. Femme ayant déjà eu trois enfants et deux fausses couches. Dernière grossesse il y a six ans.

Début des accidents il y a une semaine par une douleur abdominale violente avec vomissements. A présenté une série de crises semblables les jours suivants. Crise plus violente le jour de son entrée, toujours accompagnée de vomissements. Ces crises avaient été prises par des coliques néphrétiques malgré un retard de règles de trois mois accusé par la malade. Pas de fièvre depuis le début.

A l'examen : Signes d'hémorragie interne; petit écoulement de sang par le vagin depuis le matin; douleur au toucher du cul-de-sac de Douglas.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve à peu près un litre de sang liquide mêlé de caillots. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche; le petit fœtus est encore dans la trompe qui n'est pas déchirée et a donné lieu aux accidents d'avortement tubaire. Castration unilatérale. Vérification des annexes droites qui présentent un léger degré de salpingite.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort guérie le 23^e jour.

Revue en bon état en janvier 1931.

OBSERVATION XLIX

M^{me} L. C., 24 ans.

Entrée le 24 janvier 1930. Retard de règles de douze jours. Douleur pelvienne depuis la veille du jour de son

entrée, à laquelle s'est surajoutée une douleur épigastrique avec irradiations vers l'épaule droite. Syncopes et vomissements. Pas de pertes.

A son arrivée : malade pâle, pouls à 140, température à 37°5. Abdomen souple.

Au T. V. : col de l'utérus mou. Douleur dans le Douglas.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Sang libre en abondance dans la cavité péritonéale. Eclatement de la trompe au niveau de son isthme : la rupture saigne encore avec abondance. Ablation de la trompe gauche en conservant l'ovaire. Résection d'un segment de l'épiploon très infiltré.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison.

OBSERVATION L

M^{me} D. D., 37 ans. Deux enfants, dont le dernier âgé de 13 ans.

Entrée le 17 février 1930. Retard de règles de treize jours. Douleur abdominale à début brusque. Arrive à l'hôpital huit heures après le début des accidents. Symptômes d'inondation péritonéale, mais température à 38°; pouls à 100.

La malade dit avoir été opérée d'une grossesse tubaire au service n° 8 de la Pitié.

On pense à une récurrence de grossesse extra-utérine.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anesthésie générale à l'éther. Sang et caillots libres dans la cavité abdominale. Il s'agit d'une grossesse ampullaire droite rompue. Salpingectomie droite.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 6 mars 1930.

Revue en décembre 1930. Pas de grossesse après la dernière intervention. Règles normales.

Comme la malade affirmait avoir déjà été opérée d'une hématocele, nous avons cherché le compte rendu de son opération au service n° 8. Le voici :

« M^{me} D. D., 36 ans.

« Entrée le 20 novembre 1928. Hématocele à poussées successives. Grossesse ampullaire gauche rompue. Douglas plein de caillots. Sang noirâtre libre dans le ventre. Le fœtus encore inclus dans l'œuf a été retrouvé. Ablation de la trompe. Evacuation soignée des caillots et du sang. Fermeture en trois plans sans drainage. »

OBSERVATION LI

M^{me} D. M.

Entrée le 24 février 1930. Retard de vingt jours. Phénomènes syncopaux. Douleur au début brusque, intense. Température à 37°5. Matité dans les flancs.

Au T. V. : cul-de-sac de Douglas bombant et très douloureux; tuméfaction dans le côté gauche.

Aucune perte vaginale.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une grande quantité de sang libre dans le péritoine. Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche rompue.

On libère quelques adhérences et on enlève les annexes gauches. Evacuation des caillots et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LII

M^{me} D. B., 29 ans.

Entrée le 3 avril 1930. Syndrome d'inondation péri-

tonéale ayant débuté brusquement seize heures avant l'arrivée de la malade à l'hôpital.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Caillots libres dans le ventre en grande quantité. La trompe gauche est le siège d'une grossesse ampullaire rompue. Ablation de la trompe en conservant l'ovaire. Vérification des annexes droites qui sont saines. Toilette rapide du péritoine.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Suites opératoires sans incidents. Sort guérie le 17^e jour.

OBSERVATION LIII

M^{me} H. L., 30 ans. Femme ayant déjà eu deux enfants.

Entrée le 14 avril 1930. Malade dont les règles étaient irrégulières depuis déjà longtemps. Crise douloureuse dans le bas-ventre trois jours avant son entrée. Le jour même de son arrivée nouvelle crise, sans syncope, mais s'accompagnant d'une légère métrorragie.

A l'examen : Malade très pâle; pouls rapide très mal frappé. Matité dans l'hypogastre.

Au toucher, on sent une tuméfaction irrégulière dans le cul-de-sac droit.

Opération immédiate.

Laparotomie. Grosse quantité de sang dans la cavité péritonéale. Grossesse ampullaire droite rompue. Ablation des annexes droites.

Evacuation du sang et fermeture de la paroi en un plan. Pas de drainage.

Guérison sans incidents.

Revue en janvier 1931.

Bon état général. Pas de grossesse après l'opération.

OPERATION LIV

M^{me} D. C., 42 ans. Femme ayant déjà eu un enfant il y a deux ans. Signes de rupture de grossesse extra-utérine.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang libre dans l'abdomen. La trompe gauche est transformée en une volumineuse poche rompue. On retire un fœtus de trois mois environ qui présente quelques mouvements sur le champ opératoire. Libération des adhérences et ablation de la trompe gauche. Toilette péritonéale.

Fermeture de la paroi en un plan aux bronzes. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

Revue en bon état en janvier 1931.

OBSERVATION LV

M^{me} L. A., 37 ans. Femme ayant déjà eu deux enfants (19 et 10 ans). Envoyée dans le service avec le diagnostic d'appendicite.

A l'examen : Facies d'hémorragie interne. Pas de fièvre. Pouls à 120. Abdomen souple. Légère matité hypogastrique. Une syncope dans les antécédents.

Au toucher, on sent un col de consistance normale. Utérus un peu augmenté de volume. Petite tuméfaction dans le Douglas. Cul-de-sac droit tendu.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Un flot de sang sort dès l'ouverture du péritoine. Les anses intestinales sont prolabées. Il s'agit d'une grossesse isthmique droite rompue. Ablation de la trompe et de l'ovaire droit. Accidentellement le sigmoïde est éraflé par une aiguille. On fait la bourse sur la séreuse.

Evacuation des caillots. On laisse un drain dans le Douglas.

Suites opératoires sans incidents. Sort guérie le 18^e jour.

OBSERVATION LVI

Ch. L..., 28 ans.

Entrée le 17 juillet 1930. Retard de deux mois. Depuis quelques jours douleurs abdominales et petites pertes sepia.

Au toucher, on trouve une tumeur arrondie dans le cul-de-sac droit qui devient moins nette aux examens ultérieurs.

Deux semaines après, présente tous les symptômes d'une inondation péritonéale.

Opération immédiate.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Sang et caillots en abondance dans la cavité péritonéale; une branche de la tubo-ovarienne continuait à saigner. Annexectomie droite.

Evacuation des caillots et fermeture de la paroi sans drainage.

Examen de la pièce anatomique : La trompe enlevée présente une rupture dans sa portion isthmique.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION LVII

K. G., 28 ans.

Entrée le 28 juillet 1930. Mariée depuis quelques mois, présente les signes d'une inondation péritonéale, sauf le poulx qui est bon. Retard de quatre jours.

Au toucher, on constate une masse latéro-utérine pâteuse du côté droit.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Il y a une grande quantité de sang libre dans la cavité péritonéale. La rupture siège à la portion isthmique de la trompe droite. Ablation des annexes droites. Suture de la paroi en un plan de crins doubles.

Guérison sans incidents.

Revue en bon état en janvier 1931. Pas de grossesse après l'intervention.

OBSERVATION LVIII

M^{me} P. I., 37 ans. Femme ayant déjà eu cinq enfants et une fausse couche.

Entrée le 24 juillet 1930. Syndrome d'hémorragie intrapéritonéale.

Opération immédiate.

Incision médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Sang libre dans le péritoine. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite. Un accident survient en liant le pédicule utéro-ovarien et on a beaucoup de peine à ressaisir les branches qui donnent. Ablation de la trompe droite.

On termine en plaçant une mèche et un drain dans la tranche du ligament large.

Examen de la pièce anatomique : La trompe enlevée présente une rupture dans sa portion isthmique.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION LIX

M^{me} H. S., 27 ans. Femme ayant déjà eu des enfants.

Entrée le 17 août 1930. Douleur abdominale à début brutal. Facies d'hémorragie interne. Température à 37°2. Pas de retard.

Abdomen souple, sonore, douloureux dans la région

ombilicale. On sent un léger empâtement dans la fosse iliaque droite.

Au T. V. : culs-de-sac souples. Douleur vive dans le Douglas.

On pose le diagnostic de rupture de grossesse tubaire avec réserve pour l'appendicite.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une grande quantité de sang liquide dans le ventre sans aucune tendance à l'enkystement. On sent du côté gauche une annexe volumineuse. La trompe apparaît volumineuse, turgescence, pleine de sang. On place une pince sur le pédicule utéro-ovarien; on cherche la déchirure, on ne trouve rien. Du côté droit, au contraire, trompe petite mais saignant par le pavillon : il s'agit d'un avortement tubaire droit.

La mise en place d'une pince sur le pédicule utéro-ovarien gauche oblige malheureusement à faire une hystérectomie.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen de la pièce anatomique : Utérus fibromateux, avortement tubaire droit, trompe gauche oblitérée et pleine de sang, petit kyste de l'ovaire gauche.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour

OBSERVATION LX

M^{me} L. C., 29 ans. Femme ayant déjà eu deux enfants.

Envoyée dans le service avec le diagnostic d'appendicite. En réalité, souffre du ventre depuis plusieurs jours, autant dans la fosse iliaque droite que dans la gauche. Douleur à la base du cou. Légère défense de la paroi.

Retard de deux semaines. A la date des règles du mois précédent a perdu seulement quelques gouttes.

Rien au T. V.

On met la malade en observation et quelques minutes après l'examen elle présente les symptômes d'une rupture de grossesse tubaire.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie. Sang en abondance dans l'abdomen. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui est le siège d'une grossesse ampullaire rompue. On trouve un fœtus de huit centimètres qui présente quelques mouvements sur le champ opératoire. Annexectomie droite.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LXI

M^{me} B. L., 29 ans. Femme ayant déjà eu un enfant il y a six ans.

Entrée pour syndrome d'hémorragie interne.

Opération immédiate.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Caillots libres en abondance dans la cavité abdominale. Grossesse ampullaire rompue à droite Annexectomie.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 19^e jour.

Revue en janvier 1931. Pas de grossesse.

OBSERVATION LXII

M^{me} V. L., 26 ans.

Signes évidents de grossesse, mais douleurs, pertes rouges peu abondantes et ventre légèrement ballonné.

Au toucher : Col un peu mou ; masse dans le flanc droit que l'on sent d'ailleurs par la simple palpation abdominale mieux que par le toucher.

On a l'impression d'un gros utérus, mou, qu'on sent mal avec une masse annexielle à droite.

Le lendemain la malade présente les signes classiques de rupture de grossesse tubaire.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritoine plein de sang noir. Enorme masse formée par la trompe droite entourée de caillots noirs avec agglomération d'une anse grêle et du côlon pelvien. Utérus petit basculé dans le Douglas. On décolle la masse annexielle droite adhérente au pelvis. Comme on prévoit l'hémostase difficile et le drainage nécessaire et que les annexes gauches présentent un certain degré de salpingite, on fait une hystérectomie subtotal. Drain vaginal. Péritonisation partielle par froncement transversal. Tout le péritoine pelvien et pariétal antérieur est rouge avec de petits caillots adhérents.

Fermeture de la paroi en deux plans de catgut.

Guérison sans incidents. Sort le 27^e jour.

Revient un an après l'intervention pour éventration.

OBSERVATION LXIII

M^{me} S. G. H., 33 ans.

Entrée le 23 février 1931. Cette femme a déjà eu deux enfants (7 et 4 ans) et une fausse couche l'année dernière.

Syndrome d'inondation péritonéale en évolution depuis une semaine. Début des accidents par une douleur syncopale. Puis, à cette douleur abdominale s'est surajoutée une douleur scapulaire et sternale droite. Signes d'hémorragie interne évidents.

Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. On trouve un litre environ de sang

liquide et de caillots libres dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'une grossesse tubaire isthmique droite fissurée. Ablation de la trompe. Péritonisation en renversant le ligament rond en arrière sur le fond utérin.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

III

Hémorragies intra-péritonéales libres sans accidents immédiats menaçants

(21 OBSERVATIONS)

OBSERVATION XVIII

M^{me} B. M.

Entrée le 25 janvier 1926. Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. On pense à une appendicite.

Opération d'urgence.

Incision latérale. Ablation de l'appendice. On s'aperçoit alors que le ventre contient du sang. On agrandit l'incision vers le bas et on attire les annexes droites. La trompe droite contient une masse ayant l'aspect d'un caillot et le volume d'une grosse datte. Annexectomie.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

OBSERVATION XXXVIII

M^{me} D. G., 24 ans. Pas d'antécédents génitaux.

Entrée le 16 janvier 1929. Petites pertes une semaine avant la date des règles; ces pertes se sont prolongées pendant 10 jours. Règles antérieures normales.

A présenté le jour de son entrée une douleur violente ayant débuté brusquement le matin à 6 heures. Cette douleur, localisée à la fosse iliaque droite, s'est accompagnée de vomissements et de fièvre.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné, la *fosse iliaque droite contracturée* et très hyperesthésiée. Point de Mc Burney très net. Température à 38°5.

Au T. V. : cul-de-sac droit douloureux et empâté. Cul-de-sac de Douglas libre et indolore.

On pense à une appendicite.

Opération d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mc Burney. Les plans profonds une fois incisés, on voit le péritoine bleu par transparence. On referme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang rouge, liquide, avec quelques caillots libres dans la cavité abdominale. L'hémorragie est d'une abondance considérable : son point de départ est dans la trompe droite gravide dans sa portion ampullaire et fissurée sur sa face postérieure. La fissure tubaire se prolonge entre les deux feuillets du ligament large. Annexectomie droite. Utérus et annexes gauches normaux.

Fermeture de la paroi en deux plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 13^e jour.

OBSERVATION XLIV

M^{me} L. F., 31 ans, ayant déjà eu un enfant il y a dix ans.

Entrée le 4 février 1929. Malade présentant un retard de trois mois et depuis quelques jours de petites pertes rouges, persistantes.

A eu deux syncopes chez elle.

Au T. V. on sent que l'utérus est refoulé dans la partie gauche du bassin par une tumeur annexielle

droite, arrondie, de consistance élastique et du volume d'une tête d'enfant. Douleur à ce niveau.

Le diagnostic reste hésitant entre salpingite et hématocele. Mais la malade présente une syncope quelques minutes après l'examen.

Opération immédiate.

On trouve du sang libre en quantité modérée dans le ventre et un kyste annexiel volumineux qui se rompt pendant la libération et qui contient du sang, un fœtus de sept semaines environ et un placenta. Ablation des annexes droites. Utérus augmenté de volume mais normal. Vérifications des annexes gauches qui présentent quelques adhérences qui les fixent à la paroi; pas de lésions apparentes.

Détersion rapide de la cavité péritonéale et fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

Revue en décembre 1930.

Pas de grossesse après l'opération. Règles normales.

Souffre un peu du ventre du côté gauche. Petites poussées de salpingite.

OBSERVATION LXIV

M^{me} F. S., 29 ans.

Entrée le 6 mai 1923. Signes très peu accusés d'hémorragie interne.

Opération le 13 mai.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve du sang liquide et des caillots dans le péritoine en quantité très modérée. Pas de tendance à l'enkystement. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui a donné lieu à des accidents d'avortement tubaire. Annexectomie droite. Annexes gauches normaux.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 14^e jour.

OBSERVATION LXV

M^{me} F. M., 30 ans. Femme ayant déjà eu deux enfants.

Entrée le 24 mai 1924. A présenté trois semaines avant son entrée une douleur abdominale avec syncope. Depuis cette époque a continué à souffrir du ventre et présenté des pertes sanguines moyennement abondantes.

Au toucher, on sent que l'utérus est refoulé en avant et en haut par une masse assez mobile qui remplit le cul-de-sac postérieur.

Opération le 27 mai.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Malade grasse. A l'ouverture du ventre l'épiploon adhérent masque les organes pelviens. On décolle l'épiploon et on trouve une volumineuse trompe droite de la forme et du volume d'une grosse aubergine. On décolle facilement cette tumeur sans l'ouvrir. Le pavillon de la trompe est ouvert (avortement tubaire) et il y a du sang et des caillots en quantité modérée dans le petit bassin. Annexectomie droite. Annexes gauches normaux.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

Revue en très bon état en janvier 1931. Pas de grossesse après l'intervention.

OBSERVATION LXVI

M^{me} J. M., 26 ans.

Entrée le 28 août 1925. Retard de règles de deux mois. Douleurs abdomino-pelviennes. Lipothymies. Pas de pertes vaginales.

La nuit du 30 au 31 a présenté des douleurs plus vives et a perdu du sang de couleur foncé.

Au toucher on sent un utérus augmenté de volume et dans le cul-de-sac latéral droit une petite masse mobile et douloureuse.

Opération le 31 août.

Rachianesthésie. On trouve du sang liquide et surtout des caillots dans le ventre. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe droite qui présente à son extrémité externe une tuméfaction grosse comme une noix, rompue en arrière. On trouve dans le ventre un fœtus d'environ un mois.

Les annexes gauches sont adhérentes, prolabées en arrière. On fait une hystérectomie subtotal.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LXVII

M^{me} L. M., 35 ans. Un enfant en 1911.

Malade opérée en juillet 1920 pour hématocele ayant son point de départ au niveau de l'ovaire droit.

Entrée le 5 juin 1925. Signes de grossesse, mais douleurs abdominales irradiant vers le rectum et masse annexielle gauche, avec utérus légèrement augmenté de volume.

Le diagnostic hésite entre grossesse avec salpingite et grossesse extra-utérine itérative.

Opération le 9 juin.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve quelques caillots dans l'abdomen. Pas d'adhérences épiploïques, aucune tendance à l'enkystement. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe gauche dont le pavillon est ouvert et laisse écouler du sang. Ablation des annexes gauches. Toilette du péritoine.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION LXVIII

M^{me} C. B., 28 ans.

Entrée le 6 février 1925. Malade ayant eu retard de règles de dix jours suivi d'une métrorragie de moyenne abondance. Température normale. Pas de signes généraux d'hémorragie.

On pense d'abord à une fausse couche. Mais l'examen en déclive permet de sentir une tumeur haut située, sur le côté gauche de l'utérus, et on diagnostique une hématocele.

Opération le 12 février.

Incision médiane sous-ombilicale. Le ventre renferme du sang noir et des caillots encore libres, bien qu'il y ait quelques fausses membranes sur les organes pelviens.

Utérus et annexes droites normaux. A gauche, la trompe bourrée de caillots et saignant par son pavillon ouvert, constitue une tumeur du volume du poing, sans adhérences. Ablation de la trompe et d'une partie de l'ovaire gauche après ligature en masse du pédicule.

Evacuation du sang et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION LXIX

M^{me} R. H., 35 ans. Femme ayant déjà eu un enfant il y a quatorze ans.

Entrée le 12 décembre 1926. Adressée dans le service pour une crise abdominale étiquetée appendicite. Sensibilité dans la fosse iliaque droite. Femme très grasse, difficile à examiner; au toucher, on ne sent rien de précis.

Opération le 20 décembre.

1) Incision de Mc Burney avec dissociation des muscles. Arrivé sur le péritoine, on constate que celui-ci

est noirâtre par transparence, et quand on l'ouvre, il s'écoule du sang liquide. Il s'agit donc d'une inondation péritonéale. On referme l'incision latérale.

2) Incision médiane sous-ombilicale. Sang liquide, noir, libre dans le ventre, sans aucun enkystement. Quelques caillots dans le bassin.

L'utérus est flanqué de deux tumeurs annexielles :

A gauche : hématosalpinx fermé;

A droite : la trompe est déchirée et remplie de caillots; son pavillon est fermé et il s'agit bien d'une rupture, et là est le point de départ de l'hémorragie.

Ablation des deux trompes et de l'ovaire gauches. Conservation de l'utérus et de l'ovaire droit.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 22^e jour.

Revue en bon état en décembre 1930. Règles conservées, mais très diminuées.

OBSERVATION LXX

M^{me} Ch. R..., 32 ans.

Entrée le 2 août 1927. Douleurs abdominales. Petites pertes rouges. Signes atténués d'hémorragie interne.

Opération le 14 août.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. La trompe gauche est transformée en une volumineuse poche rompue. Annexeomie gauche. Vérification des annexes droites qui sont normales. Nettoyage du Douglas plein de caillots.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION LXXI

M^{me} R. R.

Entrée le 4 novembre 1926. Malade entrée par syn-

drome d'occlusion intestinale. Femme maigre, pas très pâle. Ventre flasque. Matité dans les flancs mobile. Pas de fièvre.

Au toucher, rien de très net dans les clus-de-sac. Utérus mobile.

On pense à une péritonite tuberculeuse à point de départ génital.

Opération le 9 novembre.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve du sang libre en quantité importante. Pas de tendance à l'enkystement. On extériorise la trompe gauche qui est le point de départ de l'hémorragie. Elle est pleine de caillots et par son pavillon ouvert on voit sortir du sang rouge et un embryon d'environ deux centimètres.

A droite : Hématosalpinx sans hémorragie extérieure.

Annexectomie gauche. Salpingectomie droite. On conserve l'ovaire droit et l'utérus.

On éponge le sang et les caillots et on ferme la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSÉRVATION LXXII

M^{me} B. C., 37 ans.

Entrée le 18 décembre 1927. Douleurs abdomino-pelviennes. Pas de retard, mais règles très irrégulières.

Au toucher, on sent une tumeur annexielle gauche.

Opération le 24 décembre.

Rachianesthésie. Sang libre dans la cavité péritonéale en quantité très modérée. Il s'agit d'une grossesse ampullaire gauche. Le sac fissuré renferme de grosses masses de caillots. Ablation des annexes gauches. Utérus et annexes droites normaux.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LXXIII

M^{me} B. M., 23 ans.

Entrée le 12 janvier 1928. Métrorragies sans retard préalable depuis deux semaines.

Au toucher : col fermé. Utérus augmenté de volume. Tumeur annexielle droite du volume d'un œuf. Cul-de-sac gauche libre.

On pense à un hématosalpinx.

Opération le 14 janvier.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un peu de sang noir libre dans le ventre. Le sang provient de la trompe droite distendue par un caillot plus volumineux (avortement tubaire). Ligature en masse et ablation des annexes droites. L'utérus et les annexes gauches sont normaux.

Paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

Revient le 29 septembre 1929.

Douleurs abdominales.

Au toucher : cul-de-sac droit libre. A gauche, très volumineuse tumeur débordant en haut le pubis, bombant en haut dans le bassin et commençant à s'infiltrer derrière l'utérus. On pense à une nouvelle hématocele.

Opération le 31 octobre.

Rachianesthésie. Incision sur l'ancienne cicatrice. Quelques adhérences épiploïques que l'on détache. Il n'y a plus de traces des annexes droites. Petit utérus refoulé à droite par une tumeur kystique grosse comme une tête d'enfant, incluse dans le ligament large gauche. Libération de la trompe et de la poche qui renferme un liquide séreux fortement coloré. C'est un faux kyste inflammatoire au-dessous duquel on trouve un *pyosalpinx* adhérent dans le fond au bassin et en arrière au rectum.

Hysterectomie supra-vaginale par le procédé américain. Ablation secondaire du col utérin. Drain et mèche dans le vagin.

Suture de la paroi en deux plans.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION LXXIV

M^{me} F. M., 30 ans.

Entrée le 30 avril 1928. Malade présentant depuis deux mois des métrorragies et depuis longtemps des douleurs.

Masse annexielle droite.

Opération le 5 mai.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang libre en quantité modérée dans le ventre. Utérus gros. On dégage les annexes droites qui sont manifestement le point de départ de l'hémorragie. Trompe kystique renfermant du sang et des caillots. Annexectomie droite. On examine les annexes gauches qui adhèrent dans le fond du bassin. Ovaire normal. Trompe volumineuse, kystique, renfermant du liquide chocolat (ancien hématosalpinx).

Salpingectomie gauche. On conserve l'utérus et l'ovaire gauche.

Suture de la paroi en trois plans. On laisse un drain dans le Douglas.

Guérison sans incidents. Sort le 26 mai.

OBSERVATION LXXV

M^{me} V. M., 31 ans. Quatre filles, dont la dernière 7 ans avant l'opération.

Entrée le 18 juillet 1928. Femme soignée autrefois pour salpingite. A présenté depuis quelque temps des irrégularités des règles et au début du mois une métror-

ragie abondante. Depuis lors la malade a continué à perdre et a présenté de petites syncopes.

Au T. V. on sent une tumeur annexielle gauche assez volumineuse, rien à droite; fond du Douglas douloureux.

On pense à une hématocele.

Opération le 21 juillet.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Sang et caillots libres dans la cavité abdominale. L'hémorragie est beaucoup plus abondante que ne la faisaient prévoir le poulx et l'état général de la malade qui étaient bons. L'hémorragie a pour point de départ la trompe gauche qui est le siège d'une grossesse ampullaire rompue. Ablation des annexes gauches.

Utérus et annexes droites normaux.

Toilette rapide de la cavité péritonéale et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérisson sans incidents.

Accouchement normal d'un enfant à terme en juin 1930.

OBSERVATION LXXVI

M^{me} B. C., 24 ans. Pas d'enfants.

Entrée le 18 octobre 1928. Malade prétendant avoir fait une fausse couche de six semaines quinze jours avant son entrée.

Au toucher, on constate une tumeur latéro-utérine gauche assez haut située. On pense à une salpingite, mais on remarque la pâleur de la malade.

Opération le 24 octobre.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Sang libre sans aucune tendance à l'enkystement. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe gauche qui est le siège d'une grossesse ampullaire du volume d'un gros œuf avec avortement tubaire. Annexectomie

gauche. Vérification des annexes droites qui sont normales.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Revue en bon état en janvier 1931.

Grossesse normale après l'intervention. Accouchement à la maternité de la Pitié le 6 mai 1930.

OBSERVATION LXXVII

M^{me} B. F., 27 ans.

Entrée le 22 octobre 1929. Souffre du ventre depuis plusieurs années. Les douleurs se sont accentuées depuis quelque temps.

Au toucher, utérus normal, mobile; cul-de-sac droit libre; tumeur annexielle gauche douloureuse, ayant tous les caractères d'une salpingite. Néanmoins, en raison de la pâleur progressive de la malade et bien qu'elle n'ait aucun trouble menstruel, on pense à la possibilité d'une grossesse ectopique en voie de rupture.

Opération le 28 octobre.

Incision médiane sous-ombilicale sous anesthésie rachidienne. Sang noir et caillots en quantité modérée libre dans le ventre. Aucune adhérence pelvienne. Annexes droites et utérus normaux. Trompe gauche gravide, volumineuse comme un œuf. Il s'agit d'une grossesse ampullaire avec avortement tubaire, que l'on enlève.

On éponge le sang et les caillots et on referme le ventre par une suture en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 22^e jour.

OBSERVATION LXXVIII

M^{me} C. B., 32 ans.

Entrée le 21 avril 1929. Métrorragies survenant après

un retard de règles et s'accompagnant de douleurs abdominales avec fièvre.

On pense à une fausse couche et on met la malade au repos.

Au bout d'un certain temps on constate l'apparition du côté droit du ventre d'une tuméfaction haut située qui s'accroît progressivement.

Le T. V. est difficile, la malade étant très grasse.

Opération le 27 avril.

Incision médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale à l'éther. Le péritoine présente une teinte ecchymotique et dès qu'il est ouvert on évacue du sang avec des caillots et des débris placentaires. Il s'agit d'un avortement tubaire droit. Salpingectomie droite.

Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

OBSERVATION LXXIX

R. D., 26 ans.

Entrée le 1^{er} août 1929. Douleurs pelviennes. Petites métrorragies.

Au toucher, masse rétro-utérine gauche sensible, régulière.

Le diagnostic est hésitant entre kyste de l'ovaire, grossesse extra-utérine et salpingite.

Opération le 7 août.

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang en quantité modérée dans l'abdomen. On découvre à gauche un kyste de l'ovaire du volume d'une orange. La trompe gauche est entièrement saine. Ablation des annexes gauches. Vérification des annexes droites. La trompe présente un kyste hématique. Salpingectomie droite.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Guérison sans incidents. Sort le 23 août.

OBSERVATION LXXX

M^{me} S. G., 27 ans. Pas d'enfants, mais une fausse couche.

Entrée le 14 décembre 1930. Femme effroyablement obèse, très difficile à examiner.

Retard de deux mois. Crises douloureuses abdominales sous forme de coliques.

Au T. V. le cul-de-sac gauche semble plus sensible que le droit et on sent en plan incliné une certaine résistance profonde. Néanmoins, en raison du peu d'intensité des accidents, on renvoie la malade chez elle en lui conseillant le repos.

Revient au bout de quelques jours parce qu'elle a eu une nouvelle crise douloureuse. Elle est moins colorée que lors de son premier séjour à l'hôpital et présente de petites métrorragies.

Douleur très vive au toucher du Douglas.

Opération le 18 décembre.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Couche de graisse épaisse de quatre travers de doigts. Le péritoine apparaît noir par transparence. Il renferme d'ailleurs une quantité de sang liquide et des caillots accumulés dans le Douglas. La trompe droite dilatée est largement ouverte au niveau de son pavillon (avortement tubaire). Annexectomie droite. Annexes gauches normales.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LXXXI

M^{me} B. L. P., 32 ans. Femme ayant déjà eu deux enfants (10 et 8 ans).

Entrée le 18 février 1931. Retard de 8 jours environ. Douleurs abdominales depuis quatre jours. A eu trois

crises chez elle, dont une avec perte de connaissance. A présenté des pertes prises pour des règles retardées. Vomissements.

Le ventre est parfaitement souple.

Au toucher, on constate une tumeur annexielle qui surmonte l'utérus vers sa corne droite et qui semble collée à lui. Cul-de-sac souple.

Bon état général. Faciès coloré.

Opération le 23 février.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine renferme du sang libre en quantité modérée. Utérus gros comme un utérus gravide de deux mois. On extériorise les annexes droites. La portion terminale de la trompe (ampoule et pavillon) est transformée en une tumeur du volume d'une mandarine. La trompe est rompue mais saigne peu, et on voit sortir des masses placentaires et un embryon dans l'œuf intact. Salpingectomie droite.

Les annexes gauches ne présentent rien d'anormal.

Nettoyage de la cavité et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents.

IV

Hémorragies intra-péritonéales en voie d'enkystement

(5 OBSERVATIONS)

OBSERVATION LXXXII

M^{me} T. S., 30 ans. Pas d'enfants ni de fausse couche.

Entrée le 2 août 1927. Retard de règles de quelques jours. Puis des pertes sanguines continues peu abondantes. Douleurs dans le bas-ventre depuis 3 semaines.

Au T. Vè grosse tuméfaction dans le Douglas, douloureuse.

Opération le 5 août.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve des caillots en abondance avec une petite quantité de sang liquide dans le bassin. Les annexes droites sont très adhérentes dans le Douglas qui est rempli par des caillots organisés. Libération des adhérences et évacuation des caillots. Annexectomie droite.

Paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents.

Revue en janvier 1931.

Bon état général. Règles très régulières.

Pas de grossesse après l'intervention.

OBSERVATION LXXXIII

M^{me} D. M. B., 29 ans.

Entrée le 29 juillet 1926. Malade se plaignant de douleurs abdomino-pelviennes. Pas de fièvre. Pâleur accentuée.

Au T. V. tumeur annexielle douloureuse, bilatérale, plus volumineuse à droite.

On pense à une salpingite.

Opération le 4 août.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une petite quantité de sang libre dans le ventre. L'épiploon étalé en tablier et adhérent au péritoine vésical ferme l'excavation pelvienne. Libération des adhérences. Le bassin est rempli de caillots noirs qu'on enlève; le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe droite qui est grosse comme un œuf de pigeon et dont le pavillon est ouvert (avortement tubaire). Annexectomie droite.

Nettoyage rapide de la cavité pelvienne et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents.

Revue le 6 décembre 1930 après fausse couche.

OBSERVATION LXXXIV

M^{me} P. L., 27 ans.

Entrée le 16 août 1927. Arrêt des règles depuis quatre mois. On diagnostique une grossesse normale, mais douleurs abdominales depuis le mois de mai. Tendance syncopale.

Grande douleur abdominale trois jours avant son entrée à l'hôpital.

Opération d'urgence.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Tout le pelvis est exclu par l'épiploon et le sigmoïde. Dès que l'épi-

ploon est décollé une grande quantité de caillots noirs s'échappent, mais très peu de sang liquide. Les *deux trompes sont rompues*. Salpingectomie bilatérale. On garde les deux ovaires.

Nettoyage du Douglas tapissé de fausses membranes.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Examen de la pièce anatomique : Dans la trompe gauche on trouve un fœtus long de 10 centimètres.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION LXXXV

M^{me} P. B., 28 ans.

Entrée le 23 août 1927. Douleurs abdomino-pelviennes.

Tuméfaction annexielle gauche sensible au toucher.

On pense à une salpingite.

Opération le 30 août.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Très peu de sang libre dans la cavité péritonéale. Une anse de l'intestin grêle est adhérente au fond de l'utérus et cache le Douglas qui est rempli de caillots organisés. Le point de départ de l'hémorragie est la trompe droite qui est le siège d'une grossesse ampullaire ayant donné lieu à des accidents d'avortement tubaire. Annexeomie droite.

Comme il existe un appendice rétro-cœcal, adhérent, on fait une appendicectomie.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION LXXXVI

M^{me} L. M., 23 ans.

Entrée le 20 août 1928. Malade présentant un retard de règles et des douleurs abdominales.

Tumeur annexielle droite.

Opération le 23 août.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie rachidienne.

On trouve une grosse masse annexielle droite avec des caillots comblant le Douglas et adhérente au cœcum. Libération et ablation des annexes droites.

Utérus et annexes gauches normaux.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

V

Hématocèles enkystées (non suppurées)

(25 OBSERVATIONS)

OBSERVATION LXXXVII

M^{me} Q. J. P., 34 ans.

Entrée le 2 juillet 1923.

Signes de salpingite prédominante à gauche.

Opération le 31 juillet.

Rachianesthésie qui échoue. Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane. On voit par transparence du sang noir dans le péritoine et celui-ci incisé on tombe sur une hématocèle rétro-utérine volumineuse. Enkystement presque complet du côté supérieur. Grosse quantité de caillots noirs. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe gauche qui est dilatée, grosse comme un œuf de pigeon, avec le pavillon ouvert (avortement tubaire).

Les annexes droites présentent des lésions de salpingite ancienne avec collection séreuse. Hysterectomie supra-vaginale. Fermeture du moignon de col. Péritonisation soigneuse.

On éponge les caillots contenus dans le bassin et on ferme la paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

OBSERVATION LXXXVIII

M^{me} M. B., 22 ans.

Entrée le 3 juillet 1923. Retard de règles de quelques jours et pertes peu abondantes mais très persistantes.

Pâleur progressive.

Au toucher on sent une grosse tumeur fluctuante qui remplit le bassin et bombe dans le cul-de-sac postérieur. Cette masse soulève la paroi abdominale jusqu'à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

On diagnostique une hématoçèle.

Comme la malade présente de la fièvre à 38°-38°5, on se demande si cette hématoçèle n'est pas suppurée.

Opération le 6 juillet.

1) *Colpotomie postérieure*. On trouve une vaste poche d'où on extrait des caillots, un fœtus vivant et des débris placentaires. Il n'y a pas de pus. L'hémorragie continuant avec du sang frais, on fait immédiatement une laparotomie.

2) *Incision médiane sous-ombilicale*. On continue l'évacuation des caillots. On extériorise la poche rompue qui dépend de la trompe gauche et on l'enlève après ligature.

On place un gros drain dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur et on ferme le ventre en trois plans.

Guérison sans incidents. Sort le 21^e jour.

Revue en décembre 1930. Bien réglée. Pas de grossesse après l'intervention.

OBSERVATION LXXXIX

M^{me} H. E. D., 30 ans. Deux enfants (9 et 3 ans).

Entrée le 12 août 1923. Grossesse extra-utérine ayant présenté deux syndromes de rupture atténuée, la deuxième il y a cinq jours.

Opération le 23 août.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une volumineuse poche surmontant en haut et à droite l'utérus, adhérant moyennement à l'S iliaque et fortement à l'intestin grêle.

Les annexes gauches présentent un hématosalpinx et l'ovaire est kystique. Hysterectomie subtotale par le procédé américain. Résection d'une frange épiploïque adhérente à la vessie.

L'examen de l'intestin le montre intact pour l'S iliaque, avec deux zones indurées, épaissies, saignantes, sur le grêle. L'intestin étant friable, impossible d'enfourir, on fait une greffe épiploïque libre sur chacune des zones indurées.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérisson sans incidents. Sort le 17^e jour.

Revue bien portante en décembre 1930.

OBSERVATION XC

M^{me} P. G., 39 ans.

Entrée le 15 décembre 1923. Douleurs abdomino-pelviennes sous la forme de coliques.

Au T. V. on sent une tumeur volumineuse rétro et latéro-utérine gauche, remontant très haut.

On pense à une salpingite.

Opération le 22 décembre.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Paroi saignant beaucoup. Le péritoine ouvert, on trouve l'épiploon adhérent et masquant les organes pelviens. Ligature et section de l'épiploon; en décollant les adhérences épiploïques on trouve des caillots : il s'agit d'une vieille hématocele développée aux dépens des annexes gauches.

Evacuation des caillots et libération des annexes et de l'utérus ;

A droite, les annexes sont malades;

A gauche, on ne peut rien reconnaître de la trompe ni de l'ovaire perdus dans des adhérences.

Hystérectomie totale. Surjet sur la tranche vaginale postérieure qui saigne beaucoup. Drain et mèche dans le vagin.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Guérison sans incidents. Sort le 18^e jour.

OBSERVATION XCI

M^{me} Ch..., 33 ans.

Entrée le 8 juillet 1924. Douleurs abdominales avec métrorragies irrégulières depuis trois mois.

A l'examen, on constate une grosse tumeur abdominale remontant au-dessus de l'ombilic et recoulant en avant un utérus très nettement reconnaissable, augmenté de volume et remonté au-dessus du pubis.

Au T. V. cul-de-sac de Douglas rempli par une masse pâteuse qui bombe fortement dans le vagin.

La malade est très ple, anémiée.

Opération le 10 juillet.

Rachianesthésie. Dès l'ouverture du péritoine on aperçoit une masse de caillots bien enkystés. On ne voit pas les annexes gauches perdus dans des fausses membranes. L'utérus est gros comme un utérus gravide de trois mois au moins. Annexectomie gauche.

Nettoyage de la cavité pelvienne et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 31 juillet.

OBSERVATION XCII

M^{me} O. L., 32 ans.

Entrée le 10 février 1925. Retard de règles de trois semaines suivi de métrorragies abondantes.

Au T. V. : utérus augmenté de volume; dans le cul-de-sac gauche on sent une masse arrondie paraissant grosse comme une orange, très nettement fluctuante.

On pose le diagnostic d'hématocèle.

Opération le 12 février.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il y a un peu de sang liquide encore libre dans l'abdomen, mais la masse principale du sang est enkystée autour des annexes gauches. Libération et ablation des annexes gauches. Vérification de la trompe et de l'ovaire droits qui sont sains.

Evacuation du sang et des caillots et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Suites opératoires : Dans les heures qui ont suivi l'opération la malade a présenté du délire et est sortie la nuit même dans le jardin.

Sort guérie le 27 février.

OBSERVATION XCIII

M^{me} K. K., 40 ans.

Entrée le 24 avril 1925. Retard de règles de deux mois suivi de métrorragies abondantes et de douleurs abdominales.

Au toucher, l'utérus semble augmenté de volume. Dans le cul-de-sac gauche on sent une tumeur annexielle molle haut située.

On pose le diagnostic d'hématocèle.

Opération le 28 avril.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il n'y a pas de sang libre dans la cavité péritonéale, mais on aperçoit une masse de caillots et de sang entourée par des adhérences récentes qui remplit le bassin. Décollement des adhérences et évacuation du sang qui renferme un œuf, qui n'est pas rompue mais dont le

pavillon est ouvert et laisse suinter du sang. Annexectomie gauche. Utérus du volume d'un utérus gravide de deux mois. Vérification des annexes droites qui sont normales.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION XCIV

M^{me} P. S., 21 ans. Femme ayant eu un enfant il y a six mois.

Entrée le 29 avril 1926. Symptômes de grossesse tubaire en évolution depuis deux semaines.

A l'examen, on constate une grosse masse fluctuante dans le Douglas et le cul-de-sac gauche qui sont très douloureux.

Très légère poussée de la température. Pouls à 130. Opération d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Gros épanchement hémorragique avec des adhérences épiploïques et au péritoine pariétal, développé dans le Douglas et à gauche, avec du sang liquide en très petite quantité dans les anses.

Evacuation des caillots. Libération et ablation des annexes gauches.

Nettoyage de la poche et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 13 mai.

Revue en bon état en septembre 1930. Pas de grossesse après l'intervention.

OBSERVATION XCV

M^{me} M. C., 33 ans.

Entrée le 17 mai 1926. Douleurs abdominales s'accompagnant de fièvre élevée.

A l'examen : masse inflammatoire dans le bassin.

La malade continue à avoir de la fièvre sans réaction péritonéale.

Au bout de quelques jours la température tombe brusquement et reste désormais à la normale.

Opération le 5 juin.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérence intestinale ni épiploïque. Utérus petit. Annexes gauches fixées par quelques adhérences.

A droite, hématoçèle enkystée du volume du poing, en rapport avec un avortement tubaire.

Hysterectomie supra-vaginale. Fermeture du moignon de col. Péritonisation et fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 23 juin.

OBSERVATION XCVI

M^{me} B. M., 37 ans.

Entrée le 23 août 1926. Syndrome douloureux dans la fosse iliaque droite.

Au T. V. on sent une masse annexielle douloureuse; bilatérale.

On pense à une salpingite et on met la malade au repos. Augmentation de la tumeur latéro-utérine gauche en deux poussées successives avec pertes vaginales brunes et débris de caduque.

On pose le diagnostic d'hématoçèle.

Opération le 2 septembre.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Tout le petit bassin est masqué par des adhérences grêles assez récentes et relativement faciles à détacher. Sang au contact même d'une masse latéro-utérine gauche qui est une hématoçèle enkystée; donc ce côté on dépéritonise l'intestin au cours de la libération. On libère et on vide

la poche. Mais on trouve à droite un kyste de l'ovaire, adhérent au cœcum et descendant dans le feuillet postérieur du ligament large. Sur le fond de l'utérus on trouve un petit fibrome pédiculé.

Hysterectomie totale. Suture à l'aiguille de couturière de l'intestin dépéritonisé.

Suture de la paroi en trois plans. Drainage vaginal.

Guérison sans incidents. Sort le 6 octobre.

OBSERVATION XCVII

M^{me} F. L., 32 ans.

Entrée le 21 décembre 1926.

Malade déjà opérée en 1925 pour grossesse extra-utérine par M. Roux-Berger.

Envoyée dans le service de M. Lenormant pour une prétendue fausse couche.

Petites pertes vaginales pour lesquelles on pratique un curettage. A la suite de cette intervention, la malade présente une poussée inflammatoire du côté de son petit bassin, avec fièvre et empâtement péri-utérin.

Au bout de quelque temps, évacuation de pus par l'anus. A partir de ce moment la température devient normale, mais il persiste une tumeur dure dans le Douglas.

Opération le 5 mars 1927.

Incision médiane sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice. Quelques adhérences de l'épiploon en haut que l'on respecte.

On détache aux ciseaux des adhérences fixant l'intestin aux organes pelviens. On reconnaît l'utérus dévié à droite et à gauche une tumeur annexielle du volume d'une orange, à couleur hématique. Il s'agit d'un hémato-salpinx avec hémato-cèle. Ablation de la trompe gauche avec conservation de l'ovaire.

A droite, il n'y a plus de traces des annexes.
Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.
Guérison sans incidents. Sort le 31 mars.

OBSERVATION XCVIII

M^{me} B. G., 30 ans.

Entrée le 17 janvier 1927. Cancer du col bourgeonnant chez une jeune femme. Métrorragies depuis 6 mois.
Culs-de-sac souples. Col mobile.

Opération le 20 janvier.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On constate une voussure sus-pubienne. Le ventre ouvert on tombe sur une adhérence du côlon pelvien et de l'épiploon à l'utérus et aux annexes. On décolle l'adhérence et on trouve une hématoécèle rétro-utérine. On évacue les caillots et on libère les annexes.

Le point de départ de l'hémorragie est dans les annexes droites; la trompe n'est pas rompue, mais son pavillon est ouvert et laisse échapper des caillots (avortement tubaire).

On pratique une hystérectomie élargie rendue difficile par l'infiltration inflammatoire du ligament large et du Douglas. A gauche, on enlève un ganglion du volume d'une noisette, situé vers l'origine de l'utérine.

Section du vagin à deux travers de doigt au-dessous du col en tissu sain. On constate que l'urèthre gauche a été sectionné vers son croisement avec l'utérine. On en rapproche les deux bouts par trois points séparés au fil de lin.

Mise en place dans le vagin de deux mèches tamponnant largement le bassin et d'un drain.

Fermeture de la paroi.

Le 21 février, on passe la malade dans un service de Voies urinaires à cause d'une fistule uréthro-vaginale.

OBSERVATION XCIX

M^{me} H. G., 39 ans.

Entrée le 14 février 1927.

Malade envoyée dans le service avec le diagnostic de fausse couche.

Présente des métrorragies assez abondantes.

Au toucher, on sent un gros empâtement pelvien noyant l'utérus et remplissant les culs-de-sac. Cette tuméfaction d'abord dure finit par présenter dans son centre une petite zone ramollie en même temps que la température présente quelques oscillations.

Opération le 19 février.

Anesthésie générale au kélène. Colpotomie postérieure. Evacuation d'une quantité assez considérable de sang noir, sirupeux, et de quelques caillots. Drain et tamponnement vaginal.

Guérison sans incidents. Sort le 26 mars.

Revient dix mois après l'intervention.

Douleurs abdomino-pelviennes.

Au toucher : utérus augmenté de volume; culs-de-sac entièrement souples.

Opération le 7 décembre 1927.

Rachianesthésie qui échoue, puis éther. Incision médiane sous-ombilicale. Péritoine libre. Utérus gros et bosselé. Annexes des deux côtés fixées dans le bassin par des adhérences. Les trompes sont fermées.

A droite : ovaire kystique gros comme un œuf de pigeon;

A gauche : kyste hématique des mêmes dimensions.

Libération des annexes. Hysterectomie supra-vaginale. Paroi en trois plans sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 24 décembre 1927.

OBSERVATION C

M^{me} L. L., 47 ans. Femme ayant déjà eu trois enfants et une fausse couche en 1911. A la suite de cette fausse couche la malade a continué à présenter des pertes peu abondantes mais très persistantes se répétant pendant deux ans. Puis les règles se sont régularisées.

Entrée le 8 mars 1927 pour métrorragies ayant débuté il y a trois semaines à la suite d'un traumatisme.

Toucher très difficile, la malade étant très grasse. Col métritique; l'utérus paraît augmenté de volume et bosselé.

Opération le 11 mars.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Adipose énorme. Aucune adhérence de l'épiploon ni de l'intestin. Utérus gros, fibromateux, du volume de deux poings.

A droite : annexes normales fixées par des adhérences que l'on détache;

A gauche : volumineux hématosalpinx et hématoçèle ancienne.

On rompt la poche en la décollant. Elle renferme du sang chocolat et un corps dur, osseux, du volume d'une noix à surface cérébriforme; ce noyau se laisse facilement décoller et extraire (*lithopédium*).

Hystérectomie totale pénible en raison de la profondeur du bassin et de la fixité du col en arrière.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 3 avril.

OBSERVATION CI

M^{me} R. L. M., 31 ans.

Entrée le 18 avril 1927. Pertes sanglantes depuis quatre semaines. Pas de retard de règles préalable. Syncope il y a dix jours.

Malade pale.

A l'examen : grosse tuméfaction remplissant le bassin et bombant en arrière de l'utérus, mal limitée en haut.

On pense à une hématocele.

Opération le 28 avril.

Incision médiane sous-ombilicale. On décolle des adhérences épiploïques et du côlon aux organes pelviens et on vide une grosse collection de sang noir. Utérus petit, normal d'aspect.

Le point de départ de l'hémorragie est la trompe gauche qui est dilatée et dont le pavillon est rempli de caillots. On l'enlève en conservant l'ovaire.

Les annexes du côté droit sont également altérées, méconnaissables, et on les enlève aussi.

Nettoyage du bassin et fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 12 mai.

OBSERVATION CII

M^{me} V. L.

Entrée le 19 juillet 1927. Symptômes de salpingite.

Opération le 17 août.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un *hydrosalpinx bilatéral*. Utérus gros et rouge. L'hydrosalpinx droit plus volumineux adhère dans le Douglas et en cherchant à le décoller les adhérences on rompt une hématocele ancienne enkystée.

Hysterectomie subtotale. Drainage abdominal.

Guérison sans incidents. Sort le 3 septembre.

OBSERVATION CIII

M^{me} D. D., entrée le 23 août 1927. Douleurs abdominales ayant débuté brusquement quelques heures avant son entrée.

Etat de choc. Petites pertes de sang rouge depuis deux mois.

Au toucher : douleur vive au niveau du cul-de-sac postérieur et à gauche.

Opération immédiate.

Il n'y a pas de sang libre dans la cavité péritonéale. La trompe droite est augmentée de volume. Les annexes gauches présentent un pyosalpinx rompu, très adhérent.

En cherchant à détacher les adhérences on tombe sur une grossesse tubaire ancienne. On évacue quelques caillots.

L'utérus est augmenté de volume. On fait une hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Examen des pièces anatomiques : A la coupe la cavité utérine est pleine de caillots.

Guérison.

OBSERVATION CIV

M^{me} P. L., 29 ans.

Entrée le 27 février 1928. Femme ayant déjà eu un enfant et une fausse couche.

Début des accidents par une douleur abdominale violente.

Pas de retard des règles bien net, mais les dernières règles ont été anormales.

Au T. V. : on sent une volumineuse masse douloureuse, remplissant la partie gauche du bassin et refoulant l'utérus à droite. Le cul-de-sac droit est libre.

Le diagnostic hésite entre salpingite et hématoecèle.

Opération le 29 février.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Rien dans la grande cavité, mais les viscères ont une teinte jaune verdâtre, ecchymotique, et le côlon de l'épi-

ploon adhérents à la vessie forment un diafragme à travers lequel on voit sourdre quelques caillots. On décolle l'épiploon et le côlon et on pénètre dans une poche d'hématocèle.

Evacuation des caillots. Libération de la trompe gauche rompue. Salpingectomie.

Utérus et annexes droites normaux.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 16^e jour.

OBSERVATION CV

M^{me} J. T., 38 ans, entrée le 5 décembre 1928.

Envoyée dans le service pour une prétendue fausse couche.

Dans les jours suivants la malade continue à avoir de la fièvre, assez modérée mais persistante. Apparition d'un empâtement profond dans la fosse iliaque droite.

On pense à un phlegmon du ligament large.

La tuméfaction augmente, ses limites se précisent et il semble qu'il y ait un abcès développé à ce niveau.

Opération le 5 décembre.

Anesthésie générale à l'éther. On examine la malade sous-anesthésie et on trouve une certaine mobilité de la tumeur qui fait penser à un kyste de l'ovaire tordu ou infecté.

Incision médiane sous-ombicale. Les plans profonds une fois traversés on trouve de l'infiltration dans la zone sous-péritonéale qu'on découvre au doigt et on ouvre une cavité enfermant du sang liquide. Dans ce sang nage une fœtus que l'on enlève. En explorant la cavité on trouve des gros fragments de placenta. Hémorragie abondante qu'on arrive à maîtriser par un tamponnement serré et par deux pinces laissés à demeure 48 heures, sur un point qui saigne plus particulièrement.

Le reste de l'incision est fermé par un surjet péritonéal et des crins.

Guérison sans incidents. Sort le 10 janvier.

OBSERVATION CVI

M^{me} B. P.

Entrée le 19 septembre 1929. Femme prétendant avoir fait une fausse-couche et ayant subi un curettage. A la suite de curettage présente une fièvre élevée et un volumineux empâtement qui remplit le bassin et qu'en avant fait corps avec la paroi et remonte presque jusqu'à l'ombilic.

Sous l'influence du repos et du propidon la température baisse, mais la tumeur abdomino-pelvienne ne diminue que très lentement.

En novembre il reste une masse médiane qui paraît être l'utérus et une tuméfaction bilatérale, douloureuse, qui remplit les culs de sacs vaginaux. On pense à un Fibrome avec Annexite.

Opération le 27 novembre.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombicale. Dans la moitié supérieure de l'incision on trouve le péritoine libre ; dans la moitié inférieure, au contraire, l'épiploon et les viscères adhèrent à la paroi. On lie et on détache l'épiploon. Puis on essaye de décoller les adhérences rétro-pariétales qui sont épaisses, fermes et dans lesquelles on ne peut reconnaître aucun organe. On arrive bientôt dans une cavité renfermant des caillots et des débris hématiques. Il s'agit d'une Hematocèle et on arrive à reconnaître et à dégager les annexes et l'utérus. La trompe gauche est grosse comme un œuf et a été évidemment le point de départ de l'hémorragie. Salpingectomie. Comme rien ne paraît plus saigner, on ferme la paroi sans drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 28 décembre.

OBSERVATION CVII

M^{me} M. D., 26 ans.

Entrée le 31 septembre 1929. Retard de règles de trois semaines. Crise douloureuse abdominale.

A l'examen : très grosse masse sur le côté droit de l'utérus débordant le bassin en haut, bombant en bas dans le cul de sac latéral gauche. Cette masse se prolonge derrière le col utérin mais le cul de sac droit paraît libre.

Le diagnostic hésite entre Hématocèle et Salpingite. Les symptômes ne s'amendent pas sous l'influence du repos.

Opération le 23 novembre.

Incision médiane sous-ombilicale. L'épiploom relevé on voit le bassin bloqué par deux trompes kystiques adhérentes en avant à l'utérus et en arrière au colon pelvien. Nulle part on ne voit d'ecchymose ni de coloration hématique. L'aspect est celui d'un double Pyosalpinx. On saisit le fond de l'utérus dans une pince et on commence à libérer les trompes, mais à ce moment on tombe dans une poche rétro-utérine pleine de caillots qui est une vieille Hématocèle enkystée. Libération des annexes des deux côtés. Hysterectomie supra-vaginale avec conservation de l'ovaire gauche.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage. Guérison sans incidents. Sort le 22^e jour.

OBSERVATION CVIII

J. D., 31 ans.

Entrée le 13 avril 1930. Retard de quelques jours suivi de petites métrorragies persistantes.

Au T. V. on sent une masse latéro-utérine gauche.

Le diagnostic reste hésitant. On fait un curetage explorateur.

Examen hystologique : transformation en caduque de la muqueuse utérine. Pas de villosités fœtales.

Diagnostic : grossesse extra-utérine.

Opération le 19 avril.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une Hématocèle enhystée. Après libération des adhérences du grand épiploon et du sigmoïde, on évacue des caillots en assez grande abondance. Le point de départ de l'hémorragie est dans la trompe gauche volumineuse et fissurée. Annexectomie gauche. Ablation d'un segment du grand épiploon.

Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Guérison sans incidents. Sort le 4 mai.

OBSERVATION CIX

M^{me} P. L., 3 ans.

Malade opérée dans le service par M. Wilmoth pour un prolapsus utéro-vaginal avec colpo et rectocèle. Très bon résultat opératoire.

Revient le 7 mars 1930, un an après l'intervention. Souffre dans la fosse iliaque droite. On pose le diagnostic d'appendicite.

Opération le 8 mars.

Incision de Mc Burney sous anesthésie générale à l'éther. On trouve un appendice très long, pelvien, rouge, présentant une frange complètement noire à son extrémité distale. Ablation et enfouissement.

L'aspect de cette frange qui ressemble à un thrombus noir incite à examiner le petit bassin. On trouve une Hématocèle de sang noir, *antérieure*. Ablation des caillots et du sang. Annexectomie droite.

Hémostase difficile parce qu'on a utilisé l'incision de Mc Burney et que l'utérus ne vient pas. Mèches dans le petit bassin contre le bord droit de l'utérus.

Examen de la pièce anatomique : le pavillon de la trompe est œdédié et rouge, mais la trompe n'est pas perforée : il s'agit d'un avortement tubaire.

Suites opératoires :

Quand on enlève la mèche il se produit une hémorragie abondante. Tamponnement assez serré. L'écoulement sanguin persiste pendant trois semaines. La malade demande à sortir quand elle croit que l'écoulement est presque tari.

Le 13 mai elle revient au pansement et fait constater la présence d'une masse dans l'hypocondre droit. On pense à l'existence d'un corps étranger à ce niveau ou peut-être à un abcès de l'ovaire.

La plaie de l'extrémité inférieure de la cicatrice opératoire laisse toujours s'écouler du pus épais.

Le 14 mai : Opération.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, sous-anesthésie générale au mélange de Sleich. Deux anses intestinales une grêle et l'autre sigmoïdienne adhèrent à la cicatrice opératoire dans la fosse iliaque droite et recouvrent une compresse. Libération de l'S iliaque qui est déperitonisée sur 4 cm.

Gros hématosalpinx gauche. Castration gauche. L'anse sigmoïde est laissée telle quelle et retombe sur la vessie et l'utérus. Mais la suture de péritonisation du grêle la retrécit tellement qu'il faut faire une anastomose latéro-latérale de dérivation à 5 cm. de l'endroit malade.

Suture de la paroi en un plan. Drain hypogastrique. Sort guérie le 30 mai 1930.

OBSERVATION CX.

M^{me} T. V., 20 ans.

Entrée le 17 avril 1930. Retard de règles suivi de métrorragies. On fait le diagnostic de fausse couche et

un curettage ramène quelques membranes. Les jours suivants fièvres irrégulières et apparition d'un empatement qui remplit le bassin, augmente assez rapidement et au bout d'un certain temps bombe légèrement dans le Douglas et fait une saillie très appréciable au-dessus du pubis. On a pensé d'abord à une poussée de pelvi-péritonite, mais l'évolution est plutôt celle d'une hématocele.

Opération le 7 mai 1930.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une cavité péritonéale libre et une grosse tumeur formée par l'utérus en avant, l'épiploom et l'intestin en arrière adhérent en un véritable diaphragme. On décolle en arrière l'utérus et on pénètre dans une cavité rétro-utérine descendant jusqu'au fond du bassin et renfermant du sang liquide et des caillots, cette cavité est partout bien limitée par du tissu lardacé et induré, au milieu duquel il est impossible de reconnaître aucun organe sauf l'utérus. La cavité ne saigne plus. On se contente donc de placer un drain sortant par la plaie abdominale et de suturer le reste de l'incision.

Sort guérie le 25 mai 1930.

OBSERVATION CXI

M^{me} P. B. B., 32 ans.

Femme ayant eu trois enfants, le dernier il y a sept ans et une fausse couche l'année dernière.

A présenté des douleurs abdominales et des pertes vaginales rouges, peu abondantes mais très persistantes, après un retard de règles de quinze jours.

Un médecin appelé à ce moment pense d'abord à une grossesse ectopique, mais devant la persistance des pertes et l'absence de signes généraux d'hémorragie interne, il modifie le diagnostic et envoie la malade

dans le service pour être curettée avec le diagnostic de *métrite hémorragique*.

Entrée au service n° 7 de la Pitié le 2 août 1928. A l'examen on constate l'existence d'une *tumeur* dans le cul de sac gauche.

Les pertes persistent quoique peu abondantes.

La température est à 38° 2.

L'opération est pratiquée 48 heures après l'arrivée de la malade.

Anesthésie générale au mélange de Schleich. L'épiploon et le sigmoïde recouvrent une grosse masse annexielle gauche, avec des gros caillots ; libération de l'épiploon et du sigmoïde. Ablation de la masse annexielle.

L'examen de la pièce opératoire montre un magma de caillots et un ovaire gros et complètement transformé en un caillot noir.

Guérison sans incidents. Sort le 20 mars.

Revue en mai 1931.

Pas de grossesse après l'intervention. Règles irrégulières, peu abondantes et douloureuses depuis novembre 1930.

Souffre un peu du ventre surtout du *côté droit*.

VI

Hématocèles suppurées

(3 OBSERVATIONS)

OBSERVATION CXII

M^{me} H. I., 27 ans.

Entrée le 27 novembre 1925. Retard de règle de deux mois ; au deuxième mois et vers la date des règles, des pertes peu abondantes. A ce moment crise douloureuse abdominale avec perte de connaissance.

A son arrivée présente un facies anémique, mais pouls bien frappé à 100. Au toucher : col de l'utérus mou. Masse empâtée dans le Douglas.

On pense à une hématocèle.

Opération immédiate.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Anses grêles très distendues. En décollant l'utérus en avant on tombe sur une poche de pus extrêmement fétide sous laquelle se trouvent des caillots sanguins organisés. La trompe droite présente des traces d'une gravidité antérieure et on pratique une Hysterectomie totale avec drainage vaginal. Impossible de pratiquer la moindre péritonisation à cause de la distension des anses.

On ferme la paroi en un plan.

Mort deux jours après l'intervention.

OBSERVATION CXIII

M^{me} P. B., 31 ans.

Entrée le 17 mars 1927. Femme soignée et curettée ville pour fausse couche, bien qu'elle n'est présentée que de petites pertes.

Entre avec de la fièvre et tous les signes d'une collection liquide dans le Douglas.

Rectite glaireuse.

Facies très pâle.

On pose le diagnostic d'Hématocèle suppurée.

Opération le 19 mars.

Anesthésie générale au kélène. Colpotomie postérieure. Evacuation de sang, de caillots de caillots et de pus fétide.

Lavage de la poche à l'eau iodée. Drain en T.

Mort le 31 mars.

OBSERVATION CXIV

M^{me} M. R., 26 ans.

Entrée le 16 octobre 1929. Diagnostic de fausse couche.

Métrorragies assez peu abondantes. Fièvre.

Au toucher on constate un empâtement péri et surtout rétro-utérin. Les jours suivants l'empâtement augmente, se ramolit et bombe dans le Douglas avec tous les caractères d'une Hématocèle suppurée.

Opération le 26 octobre.

Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Colpotomie postérieure. On évacue une quantité assez importante de pus fétide, sanglant. Drain en T.

Sort guérie le 6 novembre 1929.

CONCLUSIONS

1° Notre statistique comprend la totalité des accidents dus à la gestation tubaire, qui ont été opérés dans le service du Professeur Lenormant, de février 1923 à février 1931. Elle comprend 116 observations.

2° Au point de vue étiologique, nous avons pu mettre en évidence la fréquence relative d'une grossesse ectopique antérieure (5 %).

De plus, 46 fois sur 49 observations, nous avons noté, soit une période de stérilité suivant une grossesse ou une fausse-couche, soit une lésion génitale d'infection légère.

3° Anatomiquement, notre série montre une fréquence sensiblement plus de la grossesse tubaire droite par rapport à la grossesse tubaire gauche : 60 contre 43. Les grossesses ectopiques bilatérales sont exceptionnelles; nous n'en possédons que deux observations certaines.

Le siège de la gestation était : interstitielle dans 2 % des cas, isthmique dans 33 %, ampullaire dans 64 % des observations. La rupture est beaucoup plus fréquente que l'avortement (49 cas contre 8).

4° Nous avons réparti nos observations suivant quatre formes anatomo-cliniques, suivant l'importance de la réaction péritonéale autour de l'épanche-

ment sanguin et le siège de celui ci. Nous avons utilisé ainsi :

7 observations d'hématosalpynx, soit 9 %;

76 observations d'inondation péritonéale, soit 60 %;

5 observations d'hématocèles partiellement enkystées, soit 6 %;

28 observations d'hématocèles enkystées, soit 25 %.

5° Les hématosalpynx se traduisent cliniquement par une irrégularité menstruelle, quelques douleurs et une masse annexielle plus ou moins volumineuse.

6° Les inondations péritonéales peuvent être classées en deux grands groupes, suivant la gravité de l'état général.

Les inondations avec symptômes menaçants (55 observations) sont généralement dues à une rupture (47 cas contre 8 avortements tubaires) et à une rupture isthmique (21 fois contre 14 ampullaires, une rupture interstielle).

Prodromes douloureux, syncopes ont été souvent constatés. Le retard des règles est dans la règle inférieur à un mois (60 % des cas). L'existence de pertes sanglantes est fréquente.

Les signes d'hémorragie interne ont toujours été observés; il nous ont paru plutôt en rapport avec l'abondance et la brusquerie de l'hémorragie, qu'avec le choc péritonéal.

Trois fois nous avons constaté l'existence d'une douleur tardive élevée.

Si la règle est la souplesse de la paroi, nous avons observé deux fois une contracture indiscutable, deux autres fois une légère défense.

Dans 24 observations, il existait une douleur exquise du Douglas, dans 5 autres un empâtement du cul-de-sac postérieur. Nous avons insisté d'autre part sur la présence assez fréquente de douleur (cinq fois) ou d'empâtement (six fois) d'un cul-de-sac latéral.

7° *Les inondations sans symptômes menaçants* (21 cas) sont caractérisées par l'absence ou la discrétion du syndrome anémique, la non existence du signe du Douglas, la présence générale d'une masse annexielle.

8° *Les hématoèles en voie d'enkystement* (5 observations) ont une symptomatologie assez floue et leur existence est généralement révélée par l'intervention.

9° *Les hématoèles enkystées* (28 cas) peuvent être localisées à la loge péri-tubaire (8 fois) ou au Douglas (16 fois).

Dans ce dernier cas, la tuméfaction peut se prolonger sur un côté utérin, remplir le petit bassin ou déborder dans l'abdomen. L'enkystement est réalisé par des adhérences péritonéales ou par l'accollement pathologique à la vessie ou à la paroi abdominale antérieure du grand épiploon, du côlon sigmoïde, ou d'anses grêles.

10° *Le traitement* de l'inondation péritonéale avec symptômes graves est la *laparotomie immédiate* : 50 fois on fit une salpingectomie, 5 fois seulement une hystérectomie.

Le drainage n'a été appliqué que dans certains cas tout à fait spéciaux.

11° Les épanchements tubaires et péri-tubaires

sont abordés par laparotomie médiane. Dans les cas où le diagnostic pré-opératoire était appendicite, dès que la lésion hémorragique est découverte, il faut faire la laparotomie médiane, seule voie qui permet l'exploration et la cure correcte des lésions. 32 fois on a fait la salpingectomie, 10 fois l'hystérectomie.

12° L'hématocèle franchement rétro-utérine ne doit jamais être traitée uniquement par colpotomie; mais cette opération, si elle est faite dans un but diagnostique, doit être suivie immédiatement d'une laparotomie. 9 fois on fit la salpingectomie, 4 fois l'hystérectomie.

13° Dans les inondations péritonéales avec symptômes graves, la mortalité fut de 12 %; dans les autres formes, aucune malade n'est décédée.

14° Dans les résultats éloignés, 4 malades furent réopérées pour des lésions diverses. Nous possédons 7 observations de récidence dont 5 ont été traitées par l'hystérectomie et deux par salpingectomie.

Nous avons observé 4 cas de grossesse ultérieure et une fausse couche. La stérilité post-opératoire s'observe dans 82 % des cas environ.

VU : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

VU : *Le Président,*
LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIVAT. — A propos de quelques cas de gr. ext. ut.
Réunion obst. et gynécol. de Montpellier. *Bull. de
la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 19^e année, 1930.
S. 18 déc. 1929, p. 282.
- ARCIERI. — Contribution à l'étude de la G. E. U. récidivante, *Annali di Obstetrica el Ginecologia*, an LI,
30 juin 1929, p. 809.
- BRINDEAU et JEANNIN. — La Dystocie, tome III du *Traité
de l'Art des Accouchements*.
- BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques
de la grossesse extra-utérine. Th. de Paris, 1927.
- COTTE et ARMANET. — Deux cas de grossesse intersti-
tielle. *La Gynécologie*, 23^e année, mai 1929, p. 257.
- DRAGOMIRESCO. — Contribution à l'étude de gr. ext. ut.
récidivée dans la même trompe après opération chi-
rurgicale. Th. de Paris, 1929.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.
- GUYOT et VILLAR. — Les hem. du corps jaune. *Revue
Française de Gyn. et Obs.*, 25^e année, n^o 2, février
1930, p. 95.
- JEANNENEY et ROSSET-BRESSAUD. — Soc. Obst. et Gyn. de
Bordeaux. Séance du 8 avril 1930. Les grossesses
bi-latérales successives.
- LABRY et M^{lle} ROUGIER. — Irradiation douloureuse haute

- dans les inondations au cours de la grossesse tubaire. *Gyn. et Obst.*, t. XXIII, n° 2, fév. 1931, p. 154.
- LECLERCLE (rapp. de Proust). — Arupt. traumat. de la rate. Hem. intraabd. sans contracture pariétale. *Bull. et Mém. Soc. Chirur.*, tome LVI, n° 25, 25 oct. 1930, p. 1038.
- LÉCÈNE et LERICHE. — Traité de Thérapeutique Chirurgicale. Masson, éd. 1928.
- LENORMAND et HARTMANN. — Contribution à l'étude tion à l'étude clinique thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *Gyn. et Obst.*, t. VII n° 4, mars 1923, p. 273.
- LENORMAND et HARTMANN-KEPPEL. — Nouvelle contribution clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, t. XXXIII, n° 2, février 1931, p. 154.
- MARTIN. — L'avenir génital des malades opérées de grossesse extra-utérine. Th. Paris, 1929.
- MOMIGLIANO. — Sur la gr. tubaire accidivante. *Archivio ital. di Chir.*, t. XI, fasc. 6, juillet 1925, p. 792.
- MONDOR. — Diagnostics urgents : abdomen. 1 vol. Masson, éd., 1930.
- MOULONGUET-DOLÉRIIS. — Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne. *La Gynécologie*, 23^e année, mai 1924, p. 257.
- MOULONGUET et M^{lle} DOBKEVITCH. — Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lécène. Appareil génital de la Femme (1^{re} partie). 1 vol., Masson, éd., 1931.
- METZGER. — Quelques cas particuliers de grossesse extra-utérine, in Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier. 1 vol., éd. Vigot, 1926, p. 29.
- MICHON et PONTIUS. — Syndrome d'inondation péritonéale par rupture d'une hématocele pelvienne dans l'abdomen. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon, séance

25 nov. 1929. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 19^e année, 1930, p. 122.

PATEL. — Soc. Chir. de Lyon (séance du 6 avril 1922).
in Lyon Chirurgical, t. XIX, p. 705, 1922.

URDAN. — *In American Journal of Obst. and Gyn.*,
vol. XX, n° 3, sept. 1930, p. 355. Etude clinique de
474 cas de grossesse ectopique.

RICARD. — De l'importance du choc péritonéal reflexe
dans le tableau des grossesses tubaires rompues,
Presse Méd., 1930, n° 34, p. 570.

RICARD. — Pathogénie du syndrome anémique dans les
grossesse tubaires rompues. Soc. de Chirurgie de
Lyon (7 fév. 1929), *in Lyon Chirurg.* t. XXVI, n° 3,
mai-juin 1929, p. 361.

